X Hd 2. 4

R52563

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21703231

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

DES OS DES ARTICULATIONS ET DES SYNOVIALES TENDINEUSES

DE L'EMPLOI DES ANTISEPTIQUES

ET EN PARTICULIER DU NAPHTOL CAMPHRÉ

DU MÊME AUTEUR

Observations cliniques et anatomo-pathologiques, in *Bulletins de la Société anatomique de Paris* (passim). 1886-1887-1888-1889-1890.

Contribution à l'étude du panaris analgésique (maladie de Morvan). (En collaboration avec Mr le Dr Ch. MONOD.) In *Archives générales de médecine*, mai 1888.

Septicémie gangreneuse gazeuse développée à la suite d'une plaie de la jambe par coup de couteau. Incisions au thermocautère. Pansements au naphtol camphré. Antisepsie intestinale. Amputation de cuisse. Guérison. Communication à la *Société clinique de Paris*, in *France médicale*, 20 avril 1889.

Un cas de maladie de Morvan (panaris analgésique) suivi d'autopsie, par M. le Dr PROUFF (de Morlaix). Examen anatomique par MM. GOMBAULT, médecin de l'hospice d'Ivry, et J. REBOUL, interne des hôpitaux. Communication à la *Société médicale des hôpitaux*, dans la séance du 26 avril 1889, et *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, mai 1889.

Un cas de pustule maligne de la région sus-claviculaire droite. (En collaboration avec M. RÉPIN, interne des hopitaux.) *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 9 mai 1889.

Observations sur l'emploi du naphtol camphré en chirurgie, in POUILLOT. Th. doct. Paris. Juillet 1889.

Deux kystes profonds du vagin développés aux dépens des canaux de Gärtner. Guérison, in *Annales de gynécologie*, août 1889 et in COMBES, Thèse de Paris. Juillet 1889.

Plaie par éclat de verre, de la face antérieure du poignet droit : section des tendons fléchisseurs de la main et des doigts, des nerfs médian et cubital, de l'artère cubitale. Sutures au catgut. Rétablissement complet des fonctions des muscles et des nerfs. Communication à la *Société clinique de Paris*, in *France médicale*, 14 décembre 1889.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

DES OS DES ARTICULATIONS ET DES SYNOVIALES TENDINEUSES

DE L'EMPLOI DES ANTISEPTIQUES

ET EN PARTICULIER DU NAPHTOL CAMPHRÉ

PAR

Le Dr Jules REBOUL

Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris
(Enfants-Assistés, Ivry, Saint-Antoine, Lariboisière, Beaujon)
Ancien aide d'anatomie pre à la Faculté de médecine
Médaille de bronze de l'Assistance publique (1886-1890)
Membre de la Société anatomique
Membre de la Société clinique

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1890

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

DES OS DES ARTICULATIONS ET DES SYNOVIALES TENDINEUSES

DE L'EMPLOI DES ANTISEPTIQUES

ET EN PARTICULIER DU NAPHTOL CAMPHRÉ

INTRODUCTION

Le traitement des tuberculoses locales a subi dans ces dernières années, sous l'influence de la découverte du bacille de Koch, une évolution très marquée. Ce sont des foyers infectieux pouvant se généraliser soit après une opération, soit spontanément. La suppression de la lésion ne suffit pas, le tissu dans lequel elle s'était développée doit être stérilisé ; sans cela récidive et auto-inoculation sont à craindre; d'ailleurs, ces localisations peuvent guérir uniquement par l'emploi des antiseptiques. En tenant compte de ces faits, la méthode conservatrice peut et doit donner d'excellents résultats.

Pendant le cours de nos études médicales et surtout pendant notre internat, nous avons vu que l'on peut obtenir beaucoup de la chirurgie économique à l'aide des antiseptiques.

Interne de M. Périer, nous avons employé en chirurgie, dès le mois d'août 1888, le naphtol camphré, récemment découvert. Les beaux succès que cet agent puissant et peu toxique donne dans les tuberculoses locales nous ont engagé à le comparer aux autres antiseptiques utilisés dans ces affections et spécialement pour le traite-

ment des ostéites, des arthrites et des synovites tendineuses. A propos des tumeurs blanches, il nous a paru intéressant d'étudier l'état actuel de la chirurgie sur les opérations, dirigées contre elles.

Mon ami G. Sardou m'a souvent donné d'excellents conseils et en particulier pour ce travail, mon entière reconnaissance lui est acquise.

Je suis très obligé à MM. Barozzi, David, R. Lejuge de Segrais, Poulain et Virchaux de leur sympathie et du concours qu'ils m'ont prêté en plusieurs occasions ; à MM. Barozzi, Lejuge de Segrais, Leroy, du grand service qu'ils m'ont rendu en m'aidant à traduire les travaux étrangers.

Je remercie mes excellents collègues Mouls, Mauclaire, Couder, Répin et Canniot des observations qu'ils m'ont communiquées et de leur amitié. Je suis très reconnaissant à M. E. Désesquelle de son extrême amabilité et des notes qu'il m'a remises pour ce travail.

C'est pour moi un devoir bien doux d'adresser mes remerciements à mes premiers maîtres de la Faculté de Montpellier : M. le professeur Dubreuil, dans le service duquel j'ai débuté et connu la chirurgie orthopédique; MM. Battle, Bimar, Carrieu, Grasset, Lannegrâce, Paulet, Tédenat, m'ont toujours témoigné une grande bienveillance ; je ne l'ai pas oublié.

A Paris, je n'ai trouvé auprès de tous mes chefs que bon accueil et bons conseils.

M. le professeur Proust, M. le professeur Cornil et mes autres maîtres dans les hôpitaux et les laboratoires, MM. Balzer, Brun, Chantemesse, Guéniot, Millard, Prengrueber, Peyrot, Reclus, Ricard, Rigal, Schwartz, Segond m'ont beaucoup appris, je les en remercie.

M. Jalaguier et M. Nélaton m'ont toujours témoigné beaucoup d'intérêt, je ne saurais trop leur en être reconnaissant.

M. Berger m'a fort obligeamment communiqué une observation intéressante et m'a toujours aimablement accueilli, je suis heureux de lui offrir ici l'expression de ma bien sincère gratitude.

M. R. Moutard-Martin a été pour moi plus qu'un maître, il sait quelle affection j'ai pour lui.

M. Sevestre m'a enseigné les maladies des enfants, je n'oublierai pas ce qu'il a fait pour moi.

J'ai passé auprès de MM. Roques, Chauffard et Gombault une excellente année d'internat à l'hospice d'Ivry ; sous leur direction j'ai pu étudier les maladies des vieillards et du système nerveux ; je remercie tout particulièrement M. Gombault des bonnes leçons qu'il m'a données dans son laboratoire et de m'avoir admis comme collaborateur.

Je dois beaucoup à mon cher maître M. Ch. Périer, qui m'a initié à la pratique de la chirurgie antiseptique. J'ai appris, avec lui, comme externe, puis comme interne, que l'on doit non seulement faire de l'antisepsie, mais encore de l'asepsie ; que dans les interventions, il faut être très conservateur, tout en tenant compte des indications. Je ne saurais assez le remercier de ses bontés et des excellents conseils qu'il m'a toujours donnés, en particulier pour ce travail.

Je suis heureux d'avoir été l'interne de M. Ch. Monod, cela m'a permis de profiter de sa science et de ses leçons cliniques; les nombreuses marques de sympathie qu'il m'a si souvent témoignées et l'honneur qu'il m'a fait de participer à ses travaux me font un devoir de lui assurer ma vive reconnaissance et mon entier dévouement.

J'ai terminé mon internat chez M. L. Labbé ; il a droit à toute ma gratitude, car je ne puis oublier son accueil bienveillant, sa confiance, la libéralité avec laquelle il a mis à ma disposition toutes les richesses de son service, les bontés qu'il a eues pour moi et tout ce que sa grande expérience chirurgicale m'a appris.

Nous prions M. le professeur Lannelongue d'agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

PREMIÈRE PARTIE

DES ANTISEPTIQUES

CHAPITRE PREMIER

Antiseptiques actuellement employés dans le traitement des tuberculoses locales. De leur valeur antibacillaire.

En 1883, Parrot et H. Martin essayent sur le bacille tuberculeux l'action de l'acide salicylique, du sulfate de quinine, du sublimé, de l'acide phénique, de l'eau bromée, de la créosote. « Même au cinq-centième, l'acide salicylique permet à peu près toujours au microbe tuberculeux de se multiplier et d'infecter l'organisme, avec autant de rapidité que s'il n'avait point subi l'action nocive du réactif. Pour ce qui est du sublimé, son impuissance est relativement plus considérable encore. Au millième, c'est-à-dire en proportion cinq fois plus forte, il n'a pas une seule fois, dans le cours de nos expériences, détruit l'agent tuberculeux. L'acide phénique, qui en solution à 2 0/0 détruit en 48 heures la bactérie charbonneuse, doit être mis en proportion de 3 0/0 tout au moins pour agir sur le virus tuberculeux... En solution aqueuse à peu près saturée, la créosote n'agit que faiblement, ou pas du tout, sur les agents tuberculeux. »

Coze et Simon, dans une première série d'expériences, mélangent 40 centigrammes environ de crachats avec du bichromate de potasse, du sublimé, de la créosote, de l'eucalyptol, de l'hydrogène sulfuré en solution; puis après 48 heures de contact, font une injection à des cobayes au niveau de l'aine. Le sublimé et la créosote semblent avoir entravé l'évolution tuberculeuse. Dans une deuxième série ils injectent tous les jours à des animaux inoculés des antiseptiques dissous

de manière à réduire le plus possible l'irritation locale : le sublimé, l'eucalyptol, le benzoate de soude, l'arséniate de soude, la créosote, le sulfure de sodium, le thymol ne donnent que des résultats négatifs au point de vue de la destruction des bacilles.

Lajoue rend tuberculeux des cobayes par inhalation d'un mélange de crachats avec divers désinfectants ; l'iode, le permanganate de potasse, l'acide phénique, la créosote et l'eau oxygénée à divers degrés de dilution, n'ont dans aucun cas entravé le processus tuberculeux.

Schill et Fischer ont fait de très nombreuses expériences sur les crachats desséchés et non desséchés. De vieux crachats desséchés mélangés avec le sublimé, l'acide phénique, l'ammoniaque, l'iodure de potassium, les vapeurs d'iode n'ont point déterminé de tuberculose expérimentale. Avec l'acide arsénieux un animal sur deux a succombé ; avec l'iodoforme deux sur deux ont eu tous les viscères parsemés de tubercules. Les crachats frais non desséchés semblent plus virulents : mélangés avec la créosote, le thymol, la naphtaline, le bromure de potassium, l'eau bromée, l'eau iodée, l'iodoforme dissous dans l'huile ou l'essence de térébenthine, l'acide phénique à 1 et 2 0/0, le sublimé à 1/5000 et 1/1000, ils ont donné lieu à la mort des animaux presque aussi rapidement que les témoins. La solution saturée d'acide salicylique, l'acide acétique concentré, l'huile d'aniline, l'acide phénique en solution forte, ont dans la plupart des cas été plus efficaces.

Sormani et Brugnatelli, d'après leurs expériences sur l'action des antiseptiques sur les bacilles tuberculeux, classent dans l'ordre suivant, du moins au plus actif : l'acide lactique, l'acide camphorique, le camphre, le naphtol β, l'essence de térébenthine, la créosote, le naphtol α, l'acide phénique et le bichlorure de mercure.

Chabannes et Perret ont mélé l'eucalyptol aux crachats et obtenu des généralisations tuberculeuses chez tous leurs animaux.

Rovsing a inoculé dans la chambre antérieure de l'un et l'autre œil d'un animal des parcelles de tissu tuberculeux mélangées ou non avec de la poudre d'iodoforme : le développement de la tuberculose se fit plus rapidement dans le premier que dans le second cas.

Gosselin (de Caen) ne réussit qu'à retarder la mort des animaux tuberculeux en pratiquant des injections quotidiennes de sublimé et d'iodoforme.

P. Villemin, à qui nous empruntons la plupart des faits ci-dessous,

étudie dans sa Thèse inaugurale l'action de quelques agents chimiques sur le développement du bacille de la tuberculose. Nous ne rapporterons de ses expériences que les faits qui nous intéressent tout particulièrement. « L'iode n'entrave pas le développement de la culture ; avec le phosphore, la culture a présenté un développement remarquable ; avec l'acide arsénieux, il faut descendre à 1/1000 pour voir se produire un faible accroissement du bacille ; dans la liqueur de Fowler (arséniate de soude) même à la dose de dix gouttes pour cinq grammes de gélose, le développement se fait assez bien ; l'acide borique semble être nuisible à l'évolution du bacille ; cinq centigrammes de sulfate d'alumine liquéfient le milieu, le développement de la colonie est à peine appréciable à 1/1000. Lorsque les tubes ne contiennent plus que deux centigrammes de sulfate ou lactate de zinc, pour cinq grammes d'agar-agar, la culture commence à naître. Toujours le développement de la colonie a pu se faire avec des solutions sursaturées d'iodure mercurique. Les vapeurs d'alcool éthylique ne semblent pas entraver outre mesure les cultures. Avec l'alcool méthylique, leur marche est beaucoup plus lente, a même été nulle dans la moitié des cas. L'iodoforme détermine un retard constant dans l'éclosion de la culture qui reste médiocre, mais n'en est pas moins évidente. Le bacille cultive même quand le milieu contient 1/100 de chloral. Les vapeurs de créosote n'entravent pas l'extension du bacille à la surface de l'agar. L'acide salicylique ne gêne en rien l'extension du microbe, même à 1/200. Avec le salol, faible développement et seulement à 1/1000. Dans l'atmosphère saturée de vapeurs d'essence d'eucalyptus, le microbe s'étend d'une façon manifeste. Le menthol semble efficace, la raie d'inoculation n'apparaît que comme une strie blanche à peine perceptible. »

Résumant ses expériences, P. Villemin conclut que l'acide benzoïque, l'acide salicylique, le benzoate de soude, le biborate de soude, le bromure de camphre, le chloral, le phosphomolybdate de soude, le phosphore blanc, n'entravent en rien la culture du bacille de la tuberculose. Avec l'arséniate de soude, le biiodure de mercure, l'eucalyptol, le lactate de zinc, le sulfate de zinc, les cultures sont évidentes, mais moins prospères et plus lentes à se mettre en train. L'acide arsénieux, l'acide borique, l'alcool éthylique, l'alcool méthylique, la créosote, la benzine, l'iodoforme, le menthol, le salol, amènent un retard

notable dans le développement du bacille ; même lorsque les tubes d'agar en contiennent une faible dose, l'éclosion est peu appréciable.

M. C. Paul dans son étude sur les antiseptiques propres à chaque microbe pathogène, arrive, pour le bacille tuberculeux, aux mêmes conclusions que M. Villemin.

Fayot, sous l'inspiration de M. Poincaré (de Nancy), recherche la valeur de quelques antiseptiques ; voici ses conclusions :

L'iode, le sulfate de cuivre, l'acide benzoïque peuvent être considérés comme des antiseptiques très puissants. Le sublimé, le naphtol sont des antiseptiques supérieurs. L'aseptol, le chlorure de zinc, le thymol, la résorcine, sont des antiseptiques bien moins énergiques. L'acide phénique et l'acide salicylique n'ont qu'une action momentanée, leur présence endort les germes mais ne les tue pas. L'eucalyptol, l'antipyrine, le salol et l'alcool ont une action antiseptique faible. L'acide borique n'agit que sur certains micro-organismes peu résistants.

L'iodoforme ne peut être considéré comme un antiseptique.

Yersin a étudié l'action de quelques antiseptiques et de la chaleur sur le bacille de la tuberculose. Il donne, comme conclusions de ses expériences, le tableau suivant, dans lequel la colonne *a* donne les durées de contact du microbe et de l'antiseptique pour lesquelles tous les germes ne sont pas tués, la colonne *b*, les durées d'actions suffisantes pour tuer tous les germes :

ANTISEPTIQUES	MILLIÈMES	A	B
Acide phénique.....	50	....	30 secondes
Acide phénique.....	10	.....	1 minute
Alcool absolu.....	1000	.....	5 minutes
Éther iodoformé.....	10	.....	5 —
Éther.....	1000	5 minutes	10 —
Bichlorure de mercure.....	1	5 —	10 —
Thymol.....	3	2 heures	2 heures
Eau saturée de créosote.....	—	1 —	» —
Eau saturée de naphtol β.....	—	1 —	» —
Acide salicylique....	2,5	» —	6 heures
Acide borique.....	40	12 heures	» —

Il a remarqué que plus l'antiseptique est énergique, plus la culture du bacille après son action est lente.

Nous avions l'intention de rechercher, avec notre collègue et ami Girode, l'action des différents antiseptiques employés actuellement dans le traitement des tuberculoses locales ; des circonstances indépendantes de notre volonté, nous ont empêché de mettre notre projet à exécution. Nous pensons qu'il ne nous aurait pas suffi d'expérimenter in vitro, l'action de ces antiseptiques sur le bacille tuberculeux, mais que nous aurions dû faire des inoculations à des animaux. Dans l'étude des agents antituberculeux, on doit tenir grand compte de l'organisme et des milieux vivants, qui créent des conditions tout autres que dans les expériences in vitro. Si, laissant le côté purement expérimental, on s'en rapporte à la clinique, on voit que les opinions les plus variées ont été émises sur l'utilité des divers antiseptiques dans le traitement des tuberculoses locales.

Nous nous bornerons à parler des antiseptiques le plus souvent employés actuellement dans le traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses.

La *teinture d'iode* est entrée depuis longtemps dans le traitement des tuberculoses locales. Velpeau, Chassaignac, Jobert, faisaient des injections de teinture d'iode dans les synovites tendineuses et obtenaient de bons résultats.

Bienfait l'emploie pour des abcès froids. Boinet généralise son usage et obtient de belles guérisons d'abcès froids, d'origine osseuse ou articulaire, de tumeurs blanches.

Chopin, Notta, Forget, Dubreuil, Bonnet (de Lyon) s'en servent avec succès. Depuis lors de nombreux chirurgiens ont obtenu des guérisons avec cet antiseptique, et cependant les expériences in vitro ne confirment pas toujours les résultats cliniques.

Le *baume du Pérou* a été employé par Sayre dès 1854, dans les arthrites tuberculeuses. L'usage du *baume du Pérou* s'est étendu dans ces dernières années. Landerer (de Leipzig) l'emploie en injections parenchymateuses dans la tuberculose articulaire et osseuse. Schopf, Rabl, Riedlin, Gollstein, en obtiennent des succès remarquables. Van Vamossy généralise ses applications, et considère le baume du Pérou comme ayant une action antituberculeuse. Il agit probablement par la créosote qu'il contient ; or, l'on

sait, d'après les recherches de M. le professeur Bouchard, que la créosote agit puissamment sur le bacille de la tuberculose.

Le *phosphate acide de chaux* a donné à Kölischer de beaux résultats. Se basant sur le fait de la calcification des tubercules pulmonaires, cet auteur fait des injections interstitielles de ce liquide dans les tumeurs blanches ; il est probable qu'il agit non seulement en déterminant la calcification des produits tuberculeux, mais encore comme antiseptique ; quoique d'après les recherches expérimentales le phosphate acide de chaux paraisse avoir un faible pouvoir antibacillaire.

L'*acide phénique* a une action certaine sur le bacille tuberculeux, mais pour qu'elle soit effective, il faut l'employer en solution forte, ce qui n'est pas sans dangers. Quoi qu'il en soit, l'usage de l'acide phénique en solution faible ou en solution forte a rendu de grands services, et Nicaise, Notta, Dupont, Humbert, Houzel, Bouilly, Ardle, Schwartz, Périer, Piéchaud, Boeckel, Kocher, Sacré, Weiss, Poulet, Weir, Richardson, ont publié des observations où l'emploi de l'acide phénique en injection ou en irrigation, a donné de bons résultats dans la tuberculose articulaire, osseuse ou synoviale.

Le *chlorure de zinc* n'a qu'une faible action sur le bacille tuberculeux, il agit surtout comme caustique et antiseptique ; beaucoup employé depuis quelques années, par son action caustique, il paraît déterminer une irritation franche succédant à l'inflammation tuberculeuse : Boeckel, Bouilly, Quénu, Schwartz, Köcher ont obtenu de bons résultats avec cet antiseptique.

Le *tannin* dont l'action antituberculeuse a été indiquée par Raymond et Artaud, est considéré par Ceccherelli, d'après ses expériences et ses observations, comme « un moyen excellent dans le traitement des affections osseuses de nature tuberculeuse, capable de favoriser la réunion des plaies et doué, en outre, d'une action antiseptique énergique, empêchant le développement général de la tuberculose et détruisant les foyers déjà existants. Il est incontestablement supérieur à l'iodoforme par son innocuité et sa puissance ». Tricomi n'admet pas l'opinion de Ceccherelli, l'effet du tannin ne serait autre que celui d'une poudre inerte.

Le *sulfobenzoate de soude* a été employé dans le pansement des plaies sur les indications de M. Heckel, par M. Fontan (de Marseille) et M. Tédenat (de Montpellier) ; c'est un bon antiseptique en

général, mais insuffisant dans la tuberculose, il n'est pas toxique.

Le *sous-nitrate de bismuth* a donné à Köcher et à M. Sée quelques résultats dans la tuberculose des os et des articulations. D'après Gosselin et Héret, il agirait comme germicide et coagulant.

Köcher s'est servi du *sesquichlorure de fer* comme antiseptique dans quelques cas de tuberculose osseuse avec guérisons.

L'*acide salicylique*, qui, expérimentalement, n'entrave en rien la culture du bacille de la tuberculose, a donné quelques résultats à Köcher.

Le *thymol* a été utilisé par Köcher et Verneuil avec succès. Ses propriétés antiseptiques ont été signalées par Lewin, Aussman, Liebreicht, Paquet.

L'*acide lactique* a été employé dans le traitement de la tuberculose des os, des articulations. Les bons effets que l'on obtient avec cet acide dans la tuberculose de la peau et des muqueuses (Mösetig, Rafin) et les résultats de l'expérimentation, paraissent pouvoir le faire considérer comme ayant une action antibacillaire.

L'*acide fluorhydrique* dont la valeur comme antituberculeux est discutée et qui donne, en solution à 1 ou 2 p. 100, de bons résultats dans la tuberculose des parties molles et les productions fongueuses, paraît, d'après M. Quénu, être inefficace contre les altérations osseuses.

Le *sublimé* a une réelle valeur comme agent antituberculeux : la démonstration est faite expérimentalement et cliniquement. Les observations de Sendler, Häger, Fraenkel, Burrel, Martell, Köcher, etc., etc., prouvent combien cet antiseptique est précieux dans le traitement des tuberculoses locales. Malheureusement, pour obtenir une action certaine sur les bacilles tuberculeux, il faut user de solutions assez concentrées, au moins au 1/1000 et, à ce titre, les phénomènes d'intoxication surviennent parfois. Les solutions de sublimé même étendues peuvent être très utiles en injections ou en irrigations des plaies opératoires, dans les foyers tuberculeux et combinées avec d'autres antiseptiques, assurer l'asepsie et prévenir les dangers d'infection bacillaire. Häger considère le sublimé comme ayant une action antituberculeuse bien plus grande que l'acide phénique à 5 0/0.

Martell comparant le *calomel* au sublimé et à l'iodoforme, trouve

que les résultats du calomel, ont été de beaucoup meilleurs que les autres.

Le *biiodure de mercure*, moins toxique que le sublimé, paraît jouir, en chirurgie, d'un pouvoir antituberculeux très notable, quoique expérimentalement il soit insuffisant à empêcher le développement des cultures (Villemin).

Le *salol* amène un retard notable dans le développement du bacille, même lorsque les tubes d'agar en contiennent une faible dose, l'éclosion est peu appréciable. M. Périer l'a employé le premier en France dans le pansement des plaies. Avant la découverte du naphtol camphré, le salol a donné, dans le service de notre maître, de bons résultats pour le traitement des tuberculoses locales. Son innocuité paraît absolue quoi qu'en disent certains chirurgiens qui ne l'ont peut-être pas suffisamment expérimenté pour pouvoir en parler avec compétence.

De beaux succès ont été obtenus avec des injections d'éther salolé ou de salol camphré dans les abcès froids idiopathiques ou symptomatiques de lésions osseuses ou articulaires.

L'*iodoforme* est depuis quelques années beaucoup employé dans les pansements et jouit auprès de nombreux chirurgiens d'une faveur toute spéciale pour le traitement des tuberculoses chirurgicales ; cependant, l'action antituberculeuse de l'iodoforme est actuellement très discutée et l'iodoforme après avoir été prôné comme l'antiseptique spécifique de la tuberculose, commence à perdre du terrain ; les uns craignent, et avec juste raison, l'intoxication, les autres se basant soit sur l'expérimentation, soit sur la clinique, pensent qu'il est insuffisant contre le bacille tuberculeux, même lorsqu'on l'emploie à des doses dangereuses.

En 1880, Mösetig (de Vienne), faisant connaître ses expériences sur l'emploi de l'iodoforme dans le pansement des plaies et particulièrement pour les cas de lésions fongueuses, prétend que l'iodoforme a une action spécifique manifeste sur les produits tuberculeux. Mikulicz et Gussenbauer confirment l'opinion de Mösetig. Les travaux de E. et J. Boeckel, M. Sée, Le Dentu, Poinsot, Mösetig, Mikulicz, Delbastaille et Troisfontaine, Mook sur les pansements à l'iodoforme, reconnaissent à cet antiseptique une action spécifique sur la tuberculose. Rohrmer et M. Berger, dans leurs revues

sur ce sujet, M. Nélaton, dans sa thèse d'agrégation (1883), concluent de même et engagent à employer l'iodoforme. Le professeur Verneuil publie en 1885 les bons résultats qu'il a obtenus dans le traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé ; il admet la valeur antiseptique de l'iodoforme et l'action curative spéciale de ce médicament contre la tuberculose. Verchère rapporte de nouvelles observations d'abcès froids traités avec succès par les injections d'éther iodoformé et préconise cet antiseptique dans le traitement des affections tuberculeuses. Le professeur Lannelongue, le professeur Trélat, M. Reclus, dans des travaux successifs recommandent l'iodoforme dans la tuberculose chirurgicale. D'après Villemin et C. Paul, l'iodoforme semble amener un retard notable dans le développement du bacille. Wendelstadt insiste sur l'action puissante de l'iodoforme contre les bacilles tuberculeux.

A la suite des nombreux faits d'intoxication iodoformée, rapportés par Henry, Schede, Hœfmann, Kœnig, Köcher, Behring, Czerny, Le Dentu et si bien décrits dans la thèse d'agrégation de M. Brun, une vive réaction s'est élevée contre ce médicament.

Rovsing conclut de ses expériences que l'iodoforme est insuffisant à empêcher le développement des bacilles de la tuberculose.

Tilanus, Lubbert, Kœnig, Binz, Baumgarten contestent à l'iodoforme son utilité contre la tuberculose.

Tricomi, se basant sur l'expérimentation et la clinique, dit que l'iodoforme a une influence nulle sur les micro-organismes, qu'il ne détruit pas la virulence de la substance caséeuse et qu'il faut lui associer l'acide phénique ou le sublimé dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. Durante pense que la valeur de l'iodoforme comme antiseptique est sans doute en rapport avec le développement de l'iode à l'état naissant, par la décomposition que cette substance subit au contact des tissus vivants. Wasserzug et Sattler pensent de même.

Duclaux dans une revue sur la valeur de l'iodoforme comme antiseptique conclut ainsi : « au total, essayé sur les êtres vivants comme dans les milieux inertes, l'iodoforme se révèle comme un antiseptique médiocre ».

C. B. Tilanus, dans un travail récent (*Revue de chirurgie*, février 1890) a étudié la valeur antiseptique de l'iodoforme. « Dans la tuber-

culose, l'iodoforme est le seul agent dont on puisse user systématiquement, à cause de son action sur le non développement des bacilles et à cause aussi de sa fixité et de la facilité de son administration, qui permet d'en faire prendre de grandes quantités. Nous concluons en disant que l'iodoforme est un médicament antiseptique, puisque, même dans des proportions très faibles, il s'oppose (très lentement) au développement de certains microbes, sans que pour cela il soit prouvé qu'il les tue. »

J. Collon, après avoir comparé les résultats fournis par les divers antiseptiques à la clinique de Köcher de 1872 à 1884, conclut ainsi :

« Comme antiseptique dans les cas de résections, nous préférons le sublimé, parce qu'il est très sûr comme désinfectant, et parce qu'il semble avoir un effet local sur les granulations fongueuses. On évite presque toujours une intoxication, parce que l'on opère le plus souvent avec l'Esmarch et que la résorption ne se fait pas d'une manière aussi étendue.

L'iodoforme donne de très beaux résultats, semble agir énergiquement contre les granulations fongueuses, donne souvent lieu à une intoxication.

L'acide phénique est un antiseptique très commode. Son action désinfectante vient bien longtemps après celle du sublimé. Il est à éviter chez les enfants, à cause de l'intoxication.

Le bismuth mériterait plutôt le nom d'un excellent aseptique que celui d'un antiseptique. Il forme une excellente couche protectrice, et l'on obtient avec lui très souvent de belles premières intentions. En solution dans l'eau distillée, il forme une bouillie qui durcit et suffit dans bien des cas comme pansement.

Le chlorure de zinc ne peut pas, comme antiseptique, rivaliser avec les précédents. Il n'a qu'un avantage sur eux, c'est de pouvoir être employé plus débonnairement, parce qu'il ne donne pas lieu aussi facilement à une intoxication. On l'emploiera surtout lorsqu'on voudra faire des irrigations, lorsqu'il y aura beaucoup de pus dans une articulation, dans les cas d'abcès para-articulaires.

Nous avons trop peu de cas traités à l'acide salicylique et au thymol, pour avoir une idée très exacte de leur action et de leur efficacité dans les résections. Cependant, lorsqu'il s'agit de changer l'antiseptique employé jusqu'alors, pour cause d'intoxication ou autre, nous

nous adresserions volontiers à ces deux agents qui sont très inoffensifs. »

Von Bartha comparant, dans son étude sur la résection du genou, les différents antiseptiques qu'il a employés dans ses opérations, donne le tableau suivant :

TRAITEMENT	NOMBRE DES CAS	GUÉRISON					PAS DE GUÉRISON	INCONNUS	MORTS	INFECTION GÉNÉRALE	COMPLICATIONS LOCALES	RÉCIDIVES
		PREMIÈRE INTENTION	SECONDAIRE		APRÈS AMPUTATION	TOTAL						
			SANS SECONDE OPÉRATION	APRÈS ÉVIDEMENT								
avec acide phénique.	18	3	4	1	5	13	—	3	2	1	6	4
pour 100...	—	16,66	22,22	5,55	27,77	72,22	—	16,66	11,11	5,55	33,33	22,22
avec sublimé.....	7	3	—	—	1	4	1	2	—	—	—	4
pour 100.....	—	42,85	—	—	14,28	57,14	14,28	28,57	—	—	—	57,14
avec divers antiseptiques (iodoforme, acide salicylique, thymol)...	21	—	2	5	5	12	4	4	1	10	10	16
pour 100.....	—	—	9,25	23,80	23,80	57,14	19	19	4,76	4,76	47,61	76,19

« D'après ce tableau, dit von Barta, il semble que c'est l'acide phénique qui l'emporte, mais si on tient compte qu'une partie de ces cas a dû se guérir par amputation et avec le traitement mixte, on trouve un rapport différent entre le phénol et le sublimé : 45,91 0/0 avec l'acide phénique, 42,80 0/0 avec le sublimé.

Les résultats avec les traitements mixtes donnent 33,34 0/0 : c'étaient les cas les plus favorables ; en somme il n'y a pas de différences tranchées avec les différents antiseptiques ; l'antisepsie habituelle paraît impuissante contre les tuberculoses locales. »

Menthol. — Le menthol ou alcool mentholique se dépose sous forme cristallisée, lorsqu'on refroidit l'essence de menthe poivrée. Le menthol se présente en beaux prismes transparents, brillants, semblables à du sulfate de magnésie. Il fond à 36° et bout à 212° ; il est peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool, l'éther, les huiles grasses et volatiles.

Bien que le menthol soit connu depuis longtemps des chimistes, ce n'est que récemment qu'il a été présenté au monde médical par Macdonald, et que ses propriétés antiseptiques et analgésiques ont été étudiées (1).

En 1880, Macdonald (2) parla des propriétés antiseptiques du menthol, et d'après ses expériences, il estima son pouvoir au double de celui de l'acide phénique. « Le menthol, dit-il, en solution à 1/1000, a autant d'action sur les bactéries qu'une solution de phénol à 1/500. »

Koch prétend que cette substance, en solution à 1/3300, arrête le développement du bacille de la pustule maligne, et qu'en solution à 1/2000 il tue le bacille du choléra.

De nombreuses expériences faites dans le laboratoire de A. Rosenberg, ont montré que le menthol sous forme gazeuse, agissant directement sur les cultures de bacilles tuberculeux, les détruit complètement.

Sormani et Bognatelli mélangèrent un centimètre cube de culture tuberculeuse avec cet agent antiseptique, ils conservèrent le mélange à une température de 35 à 40 degrés, pendant un temps variant d'une heure à deux heures. Ils agitèrent de nouveau ce mélange, et, avec une seringue préalablement désinfectée, ils l'inoculèrent à des cobayes sans provoquer le plus léger phénomène septique.

Villemin (th. doct. Paris, 1888) attribue au menthol une grande efficacité, la raie d'inoculation n'apparaissant que comme une strie blanche à peine perceptible, et classe le menthol parmi les substances qui semblent amener un retard notable dans le développement du bacille ; même, lorsque les tubes d'agar en contiennent une faible dose, l'éclosion est peu appréciable.

D'après Cholewa et Ronich, des solutions faibles et même des vapeurs de menthol arrêtent parfaitement le développement des bacilles tuberculeux.

Bossu, à qui j'emprunte la plupart des faits ci-dessus, étudie dans sa thèse inaugurale (Paris, 1889) l'action du menthol en injections intra-trachéales et laryngiennes dans la tuberculose du poumon et du larynx. Nugon (th. doct. Paris, 1889) compare les résultats obtenus

(1) Les *nouveaux remèdes*. Paris, 1887.

(2) On a new antiseptic and antineuralgic agent. *Edinb. med. Jour.*, 1880.

en laryngologie au moyen du menthol et du naphtol camphré et préfère ce dernier.

M. Ruault a étudié l'acide sulforicinique en 1889 (*Revue de Laryngologie*, p. 712) et une seconde fois en collaboration avec M. Berlioz, comme véhicule dissolvant de quelques médicaments utilisables en applications topiques.

Cet acide « à la température ordinaire, peut maintenir en solution 10 0/0 de naphtol, ou 10 0/0 de créosote, 15 0/0 de salol, 40 0/0 d'acide phénique. Pour préparer ces solutions il faut employer la chaleur ; après refroidissement, les solutions de salol et d'acide phénique restent transparentes : celles de napthol et de créosote sont au contraire opaques, mais elles ne déposent pas.

L'acide sulforicinique communique au naphtol, au salol, à la créosote et à l'acide phénique la propriété de s'émulsionner dans l'eau comme il le fait lui-même.

Le naphtol sulforiciné à 10 0/0 a donné de bons résultats sous forme d'émulsion très concentrée ou encore sans addition d'eau, dans le traitement local de la tuberculose laryngée ulcéreuse.

L'acide phénique sulforiciné a été surtout employé sans addition d'eau. En applications locales énergiques, faites après cocaïnisation, dans la tuberculose ulcéreuse du larynx, à 10, 30 et même 40 0/0, il s'est montré extrêmement utile. »

Le salol sulforicinique est employé depuis le commencement de janvier 1890, dans le service de M. le Dr Périer, à l'hôpital Lariboisière ; il paraît donner de bons résulats.

CHAPITRE II

Naphtols.

Les naphtols étant depuis fort peu de temps employés comme antiseptiques, en chirurgie, il me paraît utile de dire quelques mots sur leurs propriétés physiques et chimiques, sur leurs valeurs antiseptiques et antituberculeuses et de chercher ce qu'ils deviennent après avoir été introduits dans l'économie. J'insisterai tout particulièrement sur le naphtol camphré ; l'usage que j'en ai vu faire et que j'en ai fait moi-même depuis un an et demi, m'a permis d'apprécier sa valeur comme antiseptique et d'acquérir quelque expérience sur ses indications, son mode d'emploi, ses avantages et ses inconvénients dans la tuberculose chirurgicale.

A. — DES NAPHTOLS EN GÉNÉRAL

Je ne puis mieux faire que de laisser la parole à M. Désesquelle, interne en pharmacie du service de M. le Dr Périer, à qui nous devons la connaissance du naphtol camphré et qui a bien voulu rédiger pour ce travail, la note suivante :

« L'existence des naphtols, qui sont à la naphtaline ce que le phénol est à la benzine, fut signalée pour la première fois par Griess. Plus tard MM. Dusart et Wurtz firent voir que, en soumettant à l'action de la potasse fondante les sels de potasse formés par les acides sulfoconjugués de la naphtaline, on engendrait des composés analogues au phénol que l'on désigna sous le nom de naphtols pour signifier qu'ils jouent dans la série naphtalique un rôle analogue à celui du phénol dans la série benzinique. Or, comme il existe deux sulfodérivés distincts, la théorie indique et l'expérience démontre que l'on peut engendrer deux naphtols isomériques et monoatomiques. On les a dési-

gnés sous les noms de *naphtol* et de *naphtol* β . Nous ne parlerons que de ce dernier. De ces différentes propriétés nous ne mentionnerons que celles qui pourront nous intéresser.

Préparation du naphtol β. — Le napthol β a été découvert par Griess qui l'a obtenu en soumettant l'azotate de diazonaphtol à l'action de l'eau bouillante. Dans l'industrie, on prépare le naphtol β par fusion du β-naphtaline sulfonate de sodium avec de la soude caustique. Il se forme du naphtol sodé et du sulfite alcalin. Le sulfite est oxydé par l'hydrate alcalin en excès, ce qui provoque un dégagement d'hydrogène et introduit du sulfate de soude dans le mélange. Le produit de la réaction est dissous dans l'eau, acidulée par l'acide sulfurique et distillée avec la vapeur d'eau. Le naphtol entraîné par l'eau se condense avec elle.

Propriété du naphtol β. — Le naphtol β se présente en petites lamelles brillantes, incolores, mais se colorant peu à peu à la lumière, inodores, fusibles à + 123°, de densité 1417 à + 4°, peu solubles dans l'eau, très solubles dans l'éther, l'alcool, le chloroforme, les essences, etc. Ils bout à 285° et s'obtient par sublimation. Les alcalis minéraux communiquent à sa solution aqueuse une fluorescence violette. Les hypochlorites et les hypobromites de chaux et de soude donnent dans les solutions aqueuses ou alcoolique du naphtol β une coloration jaune qu'un excès de réactif fait disparaître. Cette réaction permet de le distinguer du naphtol α dont la solution aqueuse se colore en rose dans ces conditions et la solution alcoolique en vert.

Une propriété curieuse, sur laquelle nous insisterons particulièrement, est celle que le naphtol β possède de se liquéfier à la température ordinaire, quand il est mélangé, dans certaines proportions, avec du camphre pulvérisé. Nous ne parlerons pas du camphre dont les propriétés sont trop connues pour être rappelées ici. Disons seulement que le camphre qui nous occupe est le camphre dextrogyre ou camphre du Japon extrait du Laurus camphora et rangé dans la classe des carbonyles par Berthelot.

Action du camphre sur les naphtols. — En 1873, un médecin italien, Buffalini, indiquait la propriété qu'offrent le camphre et le phénol mélangés à froid de produire un liquide insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et l'éther, auquel il donna le nom de phénol camphré. M. Yvon, à la suite d'expériences entreprises alors sur ce

sujet, fut porté à croire que le phénol camphré constituait une simple dissolution et non une combinaison. Perceval et Chamberlain et plus tard Planche, avaient remarqué depuis longtemps déjà que le camphre ramollit un grand nombre de résines sans donner l'explication de ce phénomène.

A la fin de juillet 1888, M. E. Désesquelle, interne en pharmacie à l'hôpital Lariboisière, réussit à produire le napthol camphré. En septembre, il signala dans les *Archives de pharmacie*, la propriété que possèdent le camphre et les napthols mélangés ensemble de produire un liquide analogue au phénol camphré. Cette découverte l'amena par une simple déduction à constater que cette action du camphre est applicable à tous les corps de la classe des phénols. On n'obtient, il est vrai, des produits liquides à la température ordinaire qu'avec un certain nombre de phénols. Ainsi, parmi les corps appartenant à cette classe, les uns, comme le phénol ordinaire qui fond à + 42°, le salol à + 43°, le thymol à + 45°, le napthol à + 94°, la résorcine à + 119°, le pyrogallol vers 115°, le napthol β vers 123°, entrent en fusion à la température ordinaire lorsqu'on les associe au camphre en certaines proportions ; les autres, comme l'acide salicylique, fusible à + 155°, l'hydroquinon à + 177°, le tannin à + 210°, l'acide gallique à + 220°, n'entrent en fusion qu'à la condition de chauffer le mélange. On serait donc tenté de croire à priori que cette action du camphre ne se produit que sur un certain nombre de phénols. Mais, M. Désesquelle a démontré que du mélange des phénols et de tous leurs dérivés avec le camphre résulte un abaissement du point de fusion de ces corps et que le point de fusion des deux corps mélangés est de beaucoup inférieur au point de fusion du plus fusible de ces corps. Cette action du camphre s'exerce donc sur tous les produits phénoliques. Il est facile maintenant de s'expliquer les changements de consistance éprouvés par les matières résineuses associées au camphre. Ces changements sont dus à la présence des phénols ou des dérivés de phénols dans ces substances. Barth et Klasiwetz, en effet, faisant agir la potasse fondante sur les résines ont obtenu divers corps appartenant à la série aromatique : acide protocatéchique, paraoxybenzoïque, phloroglucine, orcine, pyrocatéchine, résorcine, etc. Le problème à résoudre est de savoir si les phénols camphrés constituent des mélanges ou des combinaisons. M. Yvon, se basant sur ce fait que le point d'ébulli-

tion du liquide soumis à la distillation n'est pas constant, considère les phénols camphrés, comme des mélanges. Mais on peut objecter que si la température n'est pas constante pendant la marche de l'opération, on a affaire, il est vrai, à des mélanges, mais que ce sont là des mélanges de combinaisons. A l'exemple de Biot qui considère la solution alcoolique de camphre comme une véritable combinaison et déduit cette considération de ce que le pouvoir rotatoire du camphre se trouve modifié, on a été tenté de croire que le même fait, se produisant avec des phénols camphrés, ceux-ci sont de véritables combinaisons. M. Léger a prétendu même avoir effectué le dosage du camphre dans ces combinaisons par la méthode optique. M. Bouchardat a fait judicieusement observer à ce propos que le procédé de dosage n'est pas facile et que le pouvoir rotatoire n'est pas proportionnel à la quantité de substances actives composant le mélange ou la combinaison. Les chiffres obtenus ne semblent donc pas à M. Bouchardat correspondre à un dosage réel des quantités de camphre et de matière active; il serait préférable d'après lui, de doser la matière inactive. M. Désesquelle, s'appuyant sur les propriétés des phénols camphrés et sur les lois de la thermochimie, est porté à croire que les phénols camphrés se comportent à la façon des alliages et sont de véritables combinaisons tenant en dissolution un excès de l'un ou de l'autre des composants.

Toute combinaison chimique donne lieu à un dégagement de chaleur. L'association du camphre avec les naphtols produit un abaissement de température assez notable, mais il faut tenir compte de certaines actions consécutives qui peuvent masquer le phénomène principal en produisant par elles-mêmes une absorption de chaleur. Or celle-ci peut être supérieure au dégagement de chaleur développée par la transformation chimique initiale. Tel est le principe des mélanges réfrigérants. C'est que dans ces circonstances, deux actions se succèdent, savoir : une réaction chimique qui dégagerait de la chaleur si les corps résultants conservaient tous l'état physique des corps primitifs et une réaction physique, consécutive, la fusion, réaction qui absorbe de la chaleur, dans une proportion plus grande que l'action chimique n'en a dégagé.

« En somme, dans l'action du camphre sur les phénols, il se produit deux effets thermiques simultanés et nous n'observons que la diffé-

rence des deux effets thermiques ; mais, comme le premier effet prédomine, nous percevons un abaissement de température. Plusieurs propriétés permettent encore de comparer les phénols camphrés aux alliages ; comme pour ces derniers, le point de fusion de tous les phénols associés au camphre, ainsi que l'a démontré M. Désesquelle, est inférieur au point de fusion du plus fusible de ces deux corps. La densité des alliages n'est pas d'ordinaire égale à la moyenne des composants. M. Désesquelle a observé qu'il en est de même pour les phénols camphrés.

Les phénols camphrés sont aussi des combinaisons très peu stables, comme les alliages. La décomposition a lieu même à la température ordinaire ; le camphre mis en liberté s'évapore et le phénol cristallise. Mais cette décomposition n'aurait pas lieu en vase clos, c'est donc là un phénomène de dissociation. Le plus souvent les alliages ne représentent pas des composés définis, ou bien ils renferment plusieurs combinaisons définies de deux métaux générateurs tenant en dissolution une certaine quantité de l'un et de l'autre métal. Rudberg, soumettant certains alliages au refroidissement, a montré que ces alliages sont susceptibles de former une ou plusieurs combinaisons en proportions définies et variant avec la température de l'opération. M. Berthelot exécuta des expériences du même genre sur certains amalgames. Il y a tout lieu de croire que les mêmes expériences répétées sur les phénols camphrés donneraient les mêmes résultats.

Faut-il appliquer aux phénols camphrés l'hypothèse de Kékulé et les traiter de combinaisons moléculaires ? Faut-il voir une certaine analogie entre les phénols camphrés et les phénates alcalins obtenus au moyen des alcalis libres qui sont considérés comme des combinaisons moléculaires ? Le dégagement thermique qui accompagne la formation de ces phénates est très faible ; d'après les expériences de Berthelot, ce dégagement est en général de + 7 calories ; selon toute probabilité, il doit en être ainsi des phénols camphrés, puisqu'ils représentent des combinaisons si peu stables que la température ordinaire est capable de les détruire.

Une autre question, d'ordre philosophique, se pose aux chimistes. D'où vient cette affinité qui relie si étroitement le camphre aux corps de la classe des phénols ? Ici encore la thermochimie peut nous donner la

clef de ce phénomène. Remarquons, en effet, que la chaleur dégagée dans la formation du phénol depuis les éléments : carbone, hydrogène gazeux, azote gazeux, est égale à + 34 calories. Cette quantité de calories relativement faible indique évidemment que l'énergie ou, si l'on veut, la force chimique de ce composé organique est loin d'être épuisée. Ce qui semble confirmer cette appréciation, c'est que le phénol contracte avec d'autres corps que le camphre des combinaisons analogues aux phénols camphrés. Ainsi, le phénol se liquéfie en présence du chloral. M. Désesquelle a observé d'autres faits inédits qui peuvent rentrer dans le même cadre. Ce que nous disions du phénol, nous pourrions le dire du camphre, qui donne avec le chloral, avec le menthol, etc., des produits liquides comparables aux phénols camphrés. »

B. — PROPRIÉTÉS DU NAPHTOL CAMPHRÉ

« Ces propriétés sont en général communes aux autres phénols camphrés. Le naphtol camphré est un liquide onctueux au toucher, plus dense que l'eau, insoluble dans ce véhicule, miscible aux huiles fixes et volatiles, à l'alcool, à l'éther, au chloroforme, etc. Il est mauvais conducteur de la chaleur et de l'électricité. Exposé à l'air libre, il se décompose : Le camphre se volatilise et le naphtol cristallise. Il se colore très rapidement à la lumière, d'où la précaution de le conserver dans des flacons hermétiquement bouchés et en verre jaune pour le soustraire à l'action des rayons chimiques.

Le naphtol camphré dissout l'iode en assez forte proportion. On peut préparer à froid le mélange suivant : Naphtol camphré, 90 gr., iode pulvérisé, 10 gr. Les phénols et dérivés phénoliques, le chlorhydrate de cocaïne, les alcaloïdes du quinquina et leurs sels, s'y dissolvent dans des proportions notables, surtout à l'aide d'une douce chaleur.

Le fulmicoton immergé dans les phénols camphrés, liquides à la température ordinaire, s'y gonfle peu à peu et donne, par agitation du mélange, une sorte de pâte homogène d'un aspect plus ou moins visqueux, suivant les proportions employées et présentant l'apparence du collodion. Étendu en couche mince sur une surface plane, ce mé-

lange se transforme peu à peu, par suite de l'évaporation du camphre, en un vernis transparent solide et très adhérent. »

Préparation du naphtol camphré (Désesquelle).

Naphtol β 100 gr.
Camphre 200

Pulvériser finement chaque substance ; chauffer doucement le mélange jusqu'à fusion complète ; n'ajouter ni alcool, ni eau ; filtrer et conserver le liquide obtenu dans des flacons en verre jaune, bien bouchés.

C. — DE LA VALEUR ANTISEPTIQUE ET ANTITUBERCULEUSE DU NAPHTOL

Le *naphtol*, sur lequel M. le professeur Bouchard a attiré l'attention, est un puissant antiseptique, peu toxique. Kaposi, le premier, l'a employé, sur les indications de Lüdvig, dans le traitement des tuberculoses cutanées. Sa toxicité est très faible. D'après M. Bouchard, « la dose de naphtol capable d'être toxique pour un homme de 65 kilogrammes, serait voisine de 250 grammes ».

En le comparant avec d'autres antiseptiques, M. Bouchard obtient d'après ces expériences, les résultats suivants :

ANTISEPTIQUES	DOSE ANTISEPTIQUE	DOSE TOXIQUE	DOSE PATHOLOGIQUE
Iodoforme..	1,27 0/0	0 gr. 50	0 gr. 05
Iodol.....	2,75	2 gr. 17	1 gr. 24
Naphtaline.....	1,11	3 gr. 40	1 gr.
Naphtol.....	0,40	3 gr. 80	1 gr. 10

Maximowith, conclut de ses expériences sur le naphtol α, « à la dose de 0,20 à 0,25, le naphtol α empêche complètement la germination du bacille de la tuberculose ; à la dose de 0,10 il l'entrave ». Ayant fait des recherches sur les naphtols α et β, il dit que : « les bacilles de la tuberculose sont incapables de revivre dans un milieu pur lorsqu'on les a laissés séjourner pendant trois ou quatre jours dans les bouillons ordinaires contenant 0 gr. 1 de naphtol α par litre ou 0 gr. 4 de naphtol β, aux doses de 0 gr. 15 de naphtol α et de 0 gr. 45 de naphtol β, il faut 24 heures de séjour seulement et il suffit de 15 à 20 minutes si l'on met 0 gr. 2 à 0 gr. 3 de naphtol α et de 0 gr. 5 à 0 gr. 6 de naphtol β ».

Reverdin reconnaît au naphtol β une grande puissance antiseptique et une faible toxicité. « Les cas de mort survenus par l'emploi de l'acide phénique, de l'iodoforme et du sublimé, sont trop nombreux pour ne pas faire réfléchir ; à la dose de 0,33 0/0 de substance nutritive, le naphtol β retarde la germination du bacille de la tuberculose. »

Park, étudiant les différents antiseptiques, dit : « J'ai mélangé dans différentes proportions aux cultures stérilisées de gélatine et d'agar-agar, les substances antiseptiques suivantes : acide phénique, iodoforme, iode, naphtaline, hydronaphtol, résorcine, trichlorphénol, créoline, sulfophénate de soude, acide borique, perchlorure de fer, antipyrine, antifibrine, quinine, etc., j'en ai fait autant de gelées antiseptiques. Parmi toutes ces gelées, celle qui contenait de l'hydronaphtol, dans la proportion de 1 0/00, était presque la seule dans laquelle toute vie microbienne était empêchée. Beaucoup de bactéries pullulaient librement sur une gelée d'iodoforme à 1 0/0. Celles des bactéries qui vivaient abondamment sur la gelée iodoformée, ne vivaient que peu dans une gelée d'oxyde de zinc à 1 0/0. »

Burrel : « L'eau naphtolée a donné d'excellents résultats d'après des observateurs compétents, mais les cas sont insuffisants pour qu'on puisse juger ; cependant, vu le haut rang qu'elle occupe comme microbicide actif, n'étant pas toxique et non irritante, elle mérite d'être expérimentée. »

Edington, comparant les différents agents antiseptiques, conclut que le naphtol doit actuellement être mis au premier rang, à côté du sublimé.

M. Nicaise a employé le naphtol β dans les pansements, en poudre, en gaze naphtolée et sous forme de naphtol camphré, et en a obtenu de bons résultats, particulièrement dans la tuberculose.

M. Fernet, M. Schwartz ont traité avec succès des ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses avec le naphtol camphré ; M. Peyrot a inspiré à M. Laserre une thèse rapportant des obserservations concluantes sur le traitement des adénites chroniques et de quelques abcès froids par les injections de naphtol β en solution alcoolique. Le naphtol camphré a donné de bons résultats à M. Ruault et à M. Nugon dans la tuberculose laryngée, à M. Dumont dans l'otite moyenne suppurée.

M. Périer s'était depuis longtemps servi avec succès du phénol camphré pour les plaies infectées et la diphtérie. Convaincu de la grande valeur antiseptique du naphtol, notre maître cherchait à l'employer en chirurgie. A son instigation M. Désesquelle, guidé par ses travaux antérieurs avec M. le professeur Bouchard, fit des recherches dans ce sens et découvrit le naphtol camphré à la fin de juillet 1888. Grâce à la bienveillance de nos maîtres, M. Périer et M. Nélaton, nous avons pu l'employer dès le mois d'août suivant. Les bons résultats que nous avons obtenus confirment ce que l'expérimentation faisait prévoir : à savoir que le naphtol est un antiseptique puissant, qui paraît agir avec efficacité dans les plaies infectées et dans les tuberculoses chirurgicales.

Nos premières observations sur l'emploi du naphtol camphré en chirurgie ont été consignées dans la thèse de Pouillot (Doct., Paris, 1889) et dans quelques travaux personnels (*Bull. Soc. anat.*, 1888. *France médicale*, 1889). Outre les cas que nous rapportons ici, sur le traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses par le naphtol camphré, nous en avons observé un grand nombre d'autres où ce médicament s'est comporté comme antiseptique et antituberculeux, dans les plaies infectées et les diverses manifestations externes de la tuberculose. Nous nous proposons de publier dans des travaux ultérieurs, les résultats que nous avons obtenus par l'emploi du naphtol camphré dans les ulcérations tuberculeuses de la peau, les adénites tuberculeuses, les métrites chroniques, et dans un néoplasme envahissant de la région dorsale.

D. — COMMENT AGIT LE NAPHTOL EN GÉNÉRAL ET LE NAPHTOL CAMPHRÉ EN PARTICULIER ?

La désinfection des foyers de tuberculose locale par cet antiseptique paraît suffisamment démontrée par les résultats cliniques obtenus. Nous pensons que le naphtol n'agit pas seulement sur les foyers locaux, mais encore sur l'état général. Ce résultat nous a paru très manifeste chez presque tous les malades traités avec le naphtol camphré, mais la preuve de ce fait que nous avançons (et de l'hypothèse que nous émettions dans un travail antérieur sur un cas de

septicémie gangreneuse) aurait manqué, si M. Désesquelle ne nous avait appris que le naphtol est absorbé et passe dans les urines, alors même qu'on n'a employé dans les pansements ou l'opération, que de très faibles quantités de naphtol camphré.

M. Désesquelle nous a remis à ce sujet la note suivante : « Que devient le naphtol camphré dans l'économie ? Nous trouvons dans le traité de chimie biologique de Wurtz que « le naphtol employé en frictions contre le psoriasis, passe dans les urines à l'état d'acide naphtylsulfurique ». M. Désesquelle se sert d'une réaction très sensible qui lui permet de déceler le naphtol à l'état libre dans les urines des malades pansés au naphtol camphré. Ce fait peut être d'une importance capitale en thérapeutique. S'il est vrai, en effet, que le naphtol camphré contracte des combinaisons avant de traverser les reins, les expériences de M. Désesquelle prouvent que le naphtol β se trouve aussi entraîné dans le torrent circulatoire et éliminé sans subir de modifications (1).

Quant au camphre, si nous réfléchissons à ce fait que le naphtol camphré représente une combinaison fort instable, nous pouvons dire à priori que ce carbonyle agit comme s'il était isolé. Or, d'après Wiedemann, Meyer et Schmiedeberg, le camphre s'oxyde dans l'économie et s'assimile les éléments de l'acide glycuronique ; l'acide camphoglycuronique ainsi formé est éliminé par les reins soit à l'état libre, soit associé à l'urée. »

Lorsqu'on s'est servi du naphtol camphré pour une opération ou un pansement, on trouve le naphtol dans les urines pendant près de huit jours. Son action antiseptique locale et générale se prolongeant ainsi, permet de supposer que son emploi pourra peut-être éviter les inoculations secondaires et les récidives si fréquentes à la suite des interventions pour tuberculoses locales.

Malgré l'absorption manifeste du naphtol au niveau des plaies, nous n'avons jamais constaté de phénomènes d'intoxication, nous ne sachons pas qu'on en ait observé et cependant nous avons bien des fois largement usé de cet antiseptique. M. Désesquelle qui a analysé avec soin les urines de plusieurs malades, n'a jamais trouvé

(1) M. E. Désesquelle a fait sur ce sujet de nouvelles recherches confirmatives, consignées dans une note « sur un mode de recherche des phénols dans les urines », et qu'il a présentée à la *Société de Biologie*, séance du 22 février 1890.

d'albumine. Or, d'après M. le professeur Bouchard, l'albuminurie serait le premier signe de l'intoxication naphtolée.

E. — DE L'EMPLOI DU NAPHTOL β EN CHIRURGIE (NAPHTOL CAMPHRÉ ET TUBERCULOSE EXTERNE)

Le naphtol β a été jusqu'à présent seul employé en chirurgie, sous les formes suivantes : naphtol en poudre, gaze naphtolée avec ou sans glycérine, solution aqueuse ou alcoolique, naphtol camphré, et naphtol sulforiciné.

1. *Naphtol β en poudre.* — M. Reverdin a utilisé le naphtol β dans les pansements externes sous formes de poudre et de gaze. (La gaze contient 10 à 15 parties de naphtol pour 100 d'étoffe.) M. Nicaise l'a essayé sous ces deux formes ; il se sert de gaze purifiée naphtolée à 5 p. 100. Pour diminuer la pulvérulence du naphtol incorporé à la gaze, il fait ajouter un peu de glycérine à la préparation.

2. *Solution alcoolique de naphtol.* — Cette solution a été employée en 1889 par M. Peyrot à l'hôpital Lariboisière et M. Poirier, dans le service de M. le professeur Duplay à l'hôpital Beaujon. M. le professeur Bouchard formule ainsi cette solution :

Naphtol β.....	5 gr.
Alcool à 90°.....	33 gr.
Eau distillée chaude.	q. s. pour 100 c. c.

Filtrez à chaud.

Quand on veut se servir de cette solution, il est nécessaire de faire plonger le flacon dans un bain-marie, la seringue à injection baignant dans une solution antiseptique chaude. Ces précautions sont indispensables pour empêcher la précipitation du naphtol. En employant cette solution, il y a à craindre l'intoxication par l'alcool ; d'après M. Bouchard, chez un homme du poids moyen de 65 kil. on ne pourrait dépasser 312 c. c.

« C'est là un chiffre dont il faut tenir compte, dit M. Lasserre (Th. doct., Paris, 1889). Si dans les abcès froids de petit et de moyen volume, on peut sans inconvénients chez un adulte remplir la poche avec une solution alcoolique, il y aurait du danger à vouloir procéder de même quand il s'agit de vastes abcès par congestion, tels qu'on les

observe dans la fosse iliaque, par exemple. On devrait alors avoir soin de rester notablement au-dessous de la dose toxique. La même prudence s'impose quand il s'agit d'abcès assez volumineux chez les enfants. Nous nous sommes constamment servi de la solution alcoolique au 1/3 contenant 5 0/0 de naphtol, mais pour les vastes abcès, on pourrait injecter une solution moins fortement alcoolique et moins chargée de naphtol, une solution contenant par exemple pour 100 c. c., 20 c. c. d'alcool et 2 gr. de naphtol.

On est limité dans ces injections non par le médicament actif, mais par le véhicule. A ne tenir compte que du naphtol on pourrait injecter, du moins théoriquement, près de 2 litres de la solution ; mais la toxicité de l'alcool réduit ce chiffre à 300 c. c. environ. »

M. Peyrot a employé la solution alcoolique de naphtol dans le traitement des abcès froids et des ganglions tuberculeux. A la suite des injections, les malades se plaignent d'avoir éprouvé quelques douleurs les jours suivants.

Le naphtol sous cette forme a été utilisé pour le traitement des tuberculoses locales, dans le service du professeur Duplay, à l'hôpital Beaujon ; il a donné de bons résultats. Nous en rapportons quelques observations que nous devons à l'obligeance de notre excellent collègue et ami Mauclaire.

3. *Naphtol camphré.* — Le naphtol camphré est employé en injections, dans le pansement des plaies, et pour la stérilisation des instruments.

A. Injections : a) *Injections dans les cavités.* — M. Périer et nous-même avons fait fréquemment des injections de naphtol camphré, dans les articulations, les os, les synoviales tendineuses, les abcès froids, la plèvre, l'utérus. Nous en avons injecté jusqu'à 50 et 100 grammes. Ces injections ne sont pas du tout douloureuses, et ne déterminent ni accidents locaux, ni phénomènes généraux d'intoxication. On se sert avec avantage, pour ces injections, d'une seringue en verre, avec piston en fils de coton ou d'ouate, le naphtol camphré ayant l'inconvénient d'altérer le caoutchouc en le faisant augmenter de volume et le rendant cassant.

b) *Injections interstitielles.* — Le naphtol camphré employé en injections interstitielles, avec une seringue de Pravaz, a donné

d'excellents résultats, dans les anthrax, dans quelques néoplasmes malins, dans la tuberculose des os, des articulations, des synoviales tendineuses, du testicule et dans les adénites chroniques suppurées ou non. Nous reviendrons prochainement sur le traitement de ces adénopathies par le naphtol camphré. Avec les précautions antiseptiques ordinaires, on injecte quelques gouttes (de 2 à 10) de liquide, en nombre proportionnel à l'étendue de la lésion et au volume de la tumeur ; on peut faire plusieurs piqûres un peu espacées. Dans aucun des cas que nous avons traités par ces injections interstitielles, nous n'avons observé la moindre réaction inflammatoire ; la plupart des malades ne se plaignaient que de la piqûre de l'aiguille, un petit nombre (en particulier des femmes) accusaient pendant quelques minutes, une sensation de gêne, de fourmillements. Il suffit de faire ces injections tous les huit jours, puisqu'il est démontré que l'action du naphtol s'exerce pendant huit ou dix jours et que les urines en renferment des traces durant cette période.

c) *Instillations vésicales*.—Dans cinq cas, nous avons employé avec succès le naphtol camphré en instillations (4 à 5 gouttes tous les 6 ou 8 jours) dans la cystite tuberculeuse et dans les cystites purulentes. Nous savons que depuis quelques mois, le naphtol camphré est utilisé à la Clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker et donne de bons résultats dans ces conditions.

B. Pansements. — M. Périer, à l'hôpital Lariboisière, et nous-même dans son service et dans celui de M. Labbé à l'hôpital Beaujon, avons souvent fait usage du naphtol camphré pour les pansements. Ce médicament agit très bien dans les suppurations abondantes et prolongées, les plaies septiques, ainsi que nous en avons rapporté plusieurs observations dans des travaux antérieurs. Les plaies infectées et atones, pansées au naphtol camphré, bourgeonnent activement, la suppuration diminue et la cicatrisation ne tarde pas à se faire. De vieux ulcères variqueux étendus et mal soignés, perdent leur mauvaise odeur dès le premier pansement au naphtol camphré, se recouvrent de bourgeons actifs et guérissent bien. Dans les manifestations externes de la tuberculose : tuberculose de la peau et des muqueuses avec ou sans ulcérations, abcès froids, ostéites tuberculeuses, synovites tuberculeuses ulcérées, cet antiseptique nous a donné de beaux résultats.

Pour ces pansements on se sert de gaze hydrophile simple ou de gaze au salol, imbibées de naphtol camphré (le salol s'y dissout) que l'on applique à la surface des plaies, ou que l'on introduit dans les trajets et les cavités accidentelles ou naturelles. Pour ces derniers cas, on fait pénétrer des mèches de gaze ainsi imbibée, à l'aide de la pince de Lister, aussi profondément qu'on le désire. L'occlusion de la plaie peut être faite sans inconvénients et dans tous les cas où ce mode de drainage a été employé, la réunion primitive n'a pas manqué lorsqu'on l'avait cherchée. Ce procédé permet, en laissant le naphtol camphré en contact avec les tissus, de prévenir les dangers d'auto-infection et d'assurer plus complètement l'asepsie de la plaie.

C. Instruments. — Le naphtol camphré peut servir à maintenir aseptiques les instruments plongés dans ce liquide : il ne détériore ni le métal ni le bois. M. Périer a fait à la Société de chirurgie (mars 1889) une communication sur cet emploi du naphtol camphré.

Le tranchant des couteaux baignant depuis longtemps dans ce liquide n'est en rien altéré. Des fils d'argent, des aiguilles à suture et des pinces à forcipressure, si difficiles à maintenir aseptiques, des crins de Florence, sont conservés dans ce médicament avec grands avantages et sans inconvénients. Nous avions cherché à user du naphtol camphré pour la conservation des drains et des sondes en caoutchouc, nous avons dû y renoncer, ils augmentaient de volume et devenaient mous et cassants.

M. Schwartz a employé le naphtol camphré pour le pansement des plaies et des ulcérations tuberculeuses et a fait sur ce sujet une communication à la Société médico-pratique (oct. 1889). Ses principales conclusions sont les suivantes : « Les pansements avec le naphtol camphré ne sont pas douloureux ; il y a bien une légère cuisson, mais qui disparaît au bout d'un certain temps.... Sous l'influence du naphtol camphré le bourgeonnement s'effectue sans encombre et la cicatrisation marche tout aussi bien qu'avec l'iodoforme... C'est certainement un avantage incontestable du naphtol camphré de pouvoir être employé sans danger, à l'encontre des autres antiseptiques ordinaires qui sont pour la plupart toxiques.

En résumé, le naphtol camphré nous paraît un très bon agent de

pansement, que nous employons concurremment avec l'iodoforme pour le traitement des plaies et ulcérations tuberculeuses. »

4. *Naphtol sulforiciné.* — M. Périer emploie dans son service, à l'hôpital Lariboisière, depuis quelques semaines, le naphtol sulforiciné de la même façon et dans les mêmes cas que le naphtol camphré. Il a paru donner quelques bons résultats.

F. — DES ACCIDENTS IMPUTABLES A L'EMPLOI CHIRURGICAL DU NAPHTOL β ET DU NAPHTOL CAMPHRÉ

1. *Intoxication.* — Les chirurgiens qui se sont servis du naphtol β dans le pansement des plaies n'ont jamais observé de phénomènes d'intoxication, et nous n'en avons jamais constaté quoiqu'ayant dans certains cas injecté jusqu'à cinquante et cent grammes.

2. *Accidents locaux.* — Le Dr Girard, de Berne, qui a employé le naphtol β en poudre, comme antiseptique, y a renoncé à cause de l'irritation produite sur la peau. M. Reverdin n'a jamais vu le naphtol β donner lieu à l'irritation de la peau ; cet agent ne détermine de douleur que quand la poudre ou la gaze sont placées sur une plaie ouverte. M. Nicaise n'a pas constaté d'irritation de la peau, mais seulement de la douleur quand le naphtol était déposé sur une plaie, aussi engage t-il à ajouter à la gaze naphtolée un peu de glycérine.

Avec le naphtol camphré employé en injections interstitielles ou intracavitaires et dans les pansements des plaies, nous n'avons jamais constaté de douleur ; toutefois, quelques malades ont accusé une sensation de picotement et de brûlure superficielle. Cette sensation, très légère d'ailleurs, durait quelques minutes seulement et ne se produisait, d'après les faits que nous avons observés, que lorsque la peau était largement imprégnée de naphtol camphré. La muqueuse oculaire est particulièrement sensible à cet agent, le moindre contact du doigt trempé dans le liquide, provoque une sensation désagréable de fourmillements, du larmoiement, et cependant, les applications du naphtol camphré sur la muqueuse buccale, la langue, les amygdales, ne sont ni caustiques, ni irritantes ; on ne perçoit que le goût du camphre, un peu trop prononcé, il est vrai.

Chez quelques malades, et en particulier chez des femmes à peau fine et facilement irritable, nous avons observé de petites plaques d'érythème qui disparaissaient rapidement, et très rarement de la vésication. Pour éviter cet accident il suffit d'enduire la peau de vaseline boriquée ou bicarbonatée. Après les injections interstitielles de naphtol camphré, nous n'avons jamais vu de sphacèle des tissus profonds ou de la peau, mais en pratiquant des injections interstitielles très superficielles dans les petites tumeurs d'un néoplasme diffus cutané de la région dorsale, j'ai noté, après chaque piqûre, une petite plaque blanche qui se mortifiait et laissait à sa place une ulcération. Dans ce cas particulier j'ai obtenu en provoquant ces ulcérations des résultats bien meilleurs et plus rapides que lorsque je me contentais d'appliquer le naphtol camphré à la surface de ces tumeurs.

Nous n'avons jamais observé après l'emploi du naphtol camphré d'éruption siégeant à la face interne des cuisses et sur le scrotum, comme cela a été signalé après l'absorption du naphtol à l'intérieur à la dose de 2 gr. 50.

Mon cher collègue et ami Couder a constaté une éruption rubéoliforme généralisée, sur une jeune malade atteinte d'ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne et pansée au naphtol camphré. « A la suite d'un pansement (v. observation), la malade a présenté sur tout le corps une éruption papuleuse rubéoliforme ne s'accompagnant d'aucune fièvre et qui a disparu en deux jours. Comme elle ne prenait aucun médicament à l'intérieur, il est probable que c'est le naphtol camphré qui est en cause. »

Dans aucun cas, ces accidents (démangeaisons, picotements, érythème, vésication) n'ont empêché la réunion primitive ; et, il ne nous semble pas que l'on puisse être tenté de renoncer pour cela aux bons résultats fournis par le naphtol camphré.

DEUXIÈME PARTIE

DE L'EMPLOI DES ANTISEPTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DES OS, DES ARTICULATIONS ET DES SYNOVIALES TENDINEUSES

Sous l'influence de la méthode de Lister, de nombreux essais ont été faits dans ces dernières années pour traiter les tuberculoses locales par les antiseptiques. Cependant, bien avant Lister, certains chirurgiens, en France, avaient obtenu de beaux résultats avec l'alcool, la teinture d'iode, les caustiques chimiques. Mais, comme ils ne connaissaient pas l'utilité des précautions antiseptiques en chirurgie et en particulier dans les opérations sur les synoviales et les os, des accidents inflammatoires et souvent de l'infection avaient compromis gravement leurs procédés de traitement. Une période de réaction suivit ces premières tentatives et l'on n'osait plus intervenir pour les abcès froids, les tumeurs blanches, les lésions osseuses de la tuberculose et les synovites chroniques. Les révulsifs, les emplâtres à base de mercure, l'immobilisation étaient les seuls modes de traitement que l'on employait sans accidents. Actuellement, grâce à la méthode antiseptique, on intervient plus activement pour le traitement de ces tuberculoses, on s'efforce d'enlever par des opérations ou de modifier et de désinfecter à l'aide des antiseptiques, les foyers tuberculeux. L'auto-infection et la récidive sont les seuls dangers. Pour les éviter, on cherche, dans la série des antiseptiques, celui qui a une action spécifique sur le bacille tuberculeux et qui est le moins toxique. L'acide phénique, l'acide salicylique, la créosote, le sublimé, l'iodoforme surtout, pour ne citer que les plus importants, ont été employés avec succès, non sans déterminer parfois des phénomènes d'intoxica-

tion. Le naphtol, sur lequel nous désirons appeler l'attention, est depuis peu de temps entré dans le domaine de la chirurgie ; c'est un antiseptique puissant et fort peu toxique, qui paraît agir très efficacement sur les lésions tuberculeuses. Dans les observations que nous rapportons dans ce travail, son emploi a été couronné de succès pour le traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses.

En général, le chirurgien cherche à agir directement sur le foyer tuberculeux, soit à l'aide des injections antiseptiques interstitielles ou intracavitaires, soit après une opération plus ou moins importante, par les lavages, les irrigations et les pansements ; à l'exception toutefois des tuberculoses qui guérissent spontanément sous l'influence des règles hygiéniques appropriées.

L'antisepsie générale a été utilisée pour venir en aide à l'antisepsie locale.

L'emplâtre mercuriel appliqué comme topique à la surface des lésions qui nous occupent et qui avait été utilisé par Velpeau, Boyer, etc., a été remis en honneur dans ces dernières années, et, si l'on s'en rapporte à des observations récentes, on peut le considérer comme un moyen adjuvant très important, sinon efficace dans le traitement de ces affections.

La réfrigération, paraissant agir sur la vitalité du bacille de Koch, peut rendre quelques services thérapeutiques.

Après avoir considéré ce que peut donner l'emplâtre mercuriel et la réfrigération, nous étudierons successivement les résultats fournis par les opérations dirigées contre la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses, à l'aide des antiseptiques et nous indiquerons, à propos de chacune de ces localisations, ce que l'on a obtenu avec le naphtol camphré.

CHAPITRE PREMIER

Du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses par l'emplâtre mercuriel.

John Scott, en 1828, indique l'emploi de l'emplâtre mercuriel combiné à l'immobilisation et à la compression dans le traitement des tumeurs blanches. Sur les conseils de Scott, Mayor applique ce procédé et s'en trouve bien. En 1848, Boileau de Castelneau publie dans sa thèse des observations où l'onguent mercuriel a donné des succès.

Richet en 1853 s'exprime en ces termes sur l'action de ce médicacament : « L'onguent mercuriel arrive en première ligne parmi les pommades ; il agit en effet avec rapidité et énergie et peut être considéré à bon droit comme un résolutif excellent. Il est même regardé par certains thérapeutistes comme antiphlogistique et convient aussi bien dans la période d'inflammation que dans celle d'induration. On peut l'employer sur la peau dépouillée ou non de son épiderme par un vésicatoire, en surveillant toutefois les gencives. »

En 1879, Guinier et Pécholier se félicitent d'avoir employé l'emplâtre mercuriel combiné à l'immobilisation et à la compression.

Le Dr Suchard présente à la Société de chirurgie, en 1879, un mémoire sur le pansement de Scott et le décrit ainsi :

« La peau est nettoyée avec un linge rude et imbibé d'alcool camphré pour produire une rubéfaction, on recouvre ensuite la région d'un morceau de lint enduit d'une couche épaisse de pommade composée de parties égales d'onguent napolitain double et camphré et de cérat de savon ; le tout est maintenu par une couche imbriquée de diachylon, une bande de cuir flexible et résistante et un bandage roulé, immobilisant la région.

M. M. Sée, à la séance du 30 avril 1879, lit un rapport sur la commu-

nication du Dr Suchard. Il indique les bons résultats obtenus chez cinq malades du service de M. de St-Germain, par l'emploi du pansement de Scott : « Il a suffi d'un traitement de deux à trois mois pour améliorer considérablement leur état. Les appareils enlevés sous mes yeux, j'ai pu constater que les articulations malades sont évidemment en voie de guérison, les ulcères tendent à se cicatriser, les fongosités à disparaître, les fistules à tarir, les téguments à se recoller. La jointure chez plusieurs malades est presque revenue à son état normal et l'empâtement général de la région s'est réduit au point que, par places, les tendons dessinent de nouveau leur relief sous la peau devenue souple... Je ferai remarquer, en outre, que tous ces petits malades se lèvent, se promènent dans la salle à l'aide de béquilles et ont repris toute leur gaieté depuis qu'ils portent l'appareil qui leur a été appliqué. »

M. Després attribue le succès du pansement à l'immobilisation, et à la compression.

M. Sée répond que, pour lui, le mercure doit avoir une action notable, que l'immobilisation seule par un appareil, même le plus parfait, ne suffit pas pour rendre compte des effets obtenus : « Comme j'ai eu l'occasion de traiter et de suivre de nombreux malades atteints de tumeur blanche, à l'hôpital Ste-Eugénie, je crois être en état de faire la juste mesure de ce qui doit revenir à l'immobilisation et au traitement médicamenteux dans le procédé de M. Suchard. Il m'a donc semblé qu'il y a dans ce résultat quelque chose de plus que ce qu'on obtient par l'immobilisation ».

A la suite de cette discussion à la Société de chirurgie, M. Polaillon à la Pitié, M. L. Championnière, à Tenon, M. Monod, à Ivry et dans sa clientèle, M. Cazin, à Berck, ont employé ce pansement. Nous nous rappelons avoir vu quelques bons résultats, dus à l'emploi du pansement de Scott, pendant notre externat à St-Antoine, dans le service de M. Périer.

Le Dr Poirier, dans sa thèse, le Dr Dhourdin dans son mémoire, publient des observations importantes à ce sujet.

« M. L. Championnière (Journ. de méd. et de chir. prat., oct.-nov. 1885) s'est servi surtout d'onguent napolitain sur les tumeurs blanches des doigts, le spina ventosa du pied et de la main, il n'a jamais fait de compression et cependant il a obtenu des succès d'une

extrême rapidité. Il pense qu'il faut tenir grand compte de la grande valeur antiseptique des mercuriaux. La pénétration des tissus par le mercure reçoit de la constatation de ces faits une explication très suffisante. »

Le Dr Suchard dans son article sur le Traitement des tumeurs blanches par le pansement de Scott (Rev. des mal. de l'enf., 1886, avril, mai, juin) rapporte quelques observations très concluantes et pense que le mercure ainsi appliqué à la surface des lésions tuberculeuses osseuses et articulaires, agit comme antiseptique.

A.-E. Maylard dans une communication faite, à la section de chirurgie au 18e Congrès (mars 1889), sur l'excision de l'articulation tibio-tarsienne pour synovite fongueuse, dit « qu'il se contente chez les enfants de les immobiliser avec un bon bandage, qu'il se sert du liniment de Scott et qu'il a obtenu de très bons résultats de ce traitement ».

Dans la discussion qui suivit, le Dr Knox dit qu'il a vu un grand nombre de malades guéris après l'application du liniment de Scott et un bandage inamovible resté en place pendant un certain temps. Le Dr Barlow préconise dans les cas l'expectation et l'immobilisation absolue de l'articulation avec le pansement de Scott, cependant il préférerait la résection précoce.

D'après M. Bresson (Th. de doctorat, Paris, 1889) « M. Championnière considère l'emplâtre mercuriel comme indiqué non seulement pour les tumeurs blanches, mais encore et à un même degré pour les ostéites ; il l'emploie surtout comme traitement complémentaire des opérations chirurgicales pratiquées pour les affections tuberculeuses des os : grattage, curage, résection. Il l'emploie après la cicatrisation de la plaie cutanée, et enveloppe la région malade d'un emplâtre mercuriel qu'on renouvelle en général tous les quinze jours ».

M. Championnière se sert de la pommade suivante :

Cérat de savon camphré..... ..	40 gr.
Onguent mercuriel double.....	60 gr.

Mêlez à froid.

M. Bresson rapporte dans son travail, quelques observations de

tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses, où l'emploi du pansement de Scott a réussi, et conclut ainsi :

« L'appareil de Scott modifié par M. Suchard et simplifié par M. Championnière, est surtout indiqué dans le traitement des enfants, des adolescents et des femmes.

Il est surtout efficace dans les cas d'arthrites fongueuses, d'ostéites chroniques, etc., c'est, d'une façon générale, le traitement par excellence des affections tuberculeuses des os et des articulations, pourvu que les régions malades soient superficielles.

Le mercure paraît agir dans ces affections par ses qualités antibacillaires et son action entre en première ligne, d'une facon presque exclusive, dans les propriétés curatives de l'appareil de Scott.

La compression et l'immobilisation sont souvent inutiles et présentent parfois de sérieux inconvénients pour la nutrition du membre et la conservation des mouvements. Leur action ne vient que secondairement et d'après des indications spéciales. »

Nous pensons que le pansement de Scott est utile surtout par le mercure, dont l'absorption est manifeste, et qui agit par sa puissance antiseptique sur les foyers tuberculeux ; il est vrai que la démonstration absolue de ce fait n'a jamais été faite, mais les résultats fournis par l'application de la pommade mercurielle dans les observations que nous avons parcourues et chez les malades que nous avons suivis, nous paraissent confirmer cette hypothèse. Nous avons vu tout dernièrement, dans le service de M. L. Labbé, à l'hôpital Beaujon, une synovite tuberculeuse du genou très notablement améliorée après avoir été traitée pendant trois mois par l'immobilisation et le pansement de Scott; quand nous avons quitté le service, les douleurs et le gonflement avaient complètement disparu.

CHAPITRE II

De la réfrigération dans le traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses.

La réfrigération employée par Volkmann, Kœnig, Esmarch a donné de bons résultats dans le traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses.

Gerster, dans une étude sur le traitement moderne de la tuberculose articulaire (Annals of Surgery, VII, p. 241, 1888), insiste sur son utilité : « La glace procure beaucoup de soulagement au malade, surtout dans les arthrites chaudes et douloureuses; la marche de la maladie est ralentie ou même complètement arrêtée par la réfrigération sèche combinée avec l'immobilité de l'articulation (coude, genou). Cet effet de la glace sur l'évolution de la tuberculose a une explication rationnelle. D'après les expériences de Koch, les bacilles de la tuberculose ont une impressionnabilité excessive aux légères variations de la température du terrain dans lequel ils se développent. Une dépression de 2° centigrades au-dessous de la température normale dans le terrain de culture, a été suffisante à chaque fois pour arrêter le développement du bacille. Il faut ajouter à ce propos que cet abaissement de température ne détruit pas les spores ou les germes des fongosités; il ne fait qu'arrêter la propagation ultérieure, c'est-à-dire qu'il produit un arrêt de développement. Pendant cet arrêt de l'élément nuisible on gagne du temps et l'on peut apporter à l'économie une plus grande force de résistance par une thérapeutique et une médication convenables, et, les tissus sains peuvent ainsi étendre autour du foyer malade un mur protecteur, soit en bourgeonnant ou en encapsulant ou finalement en produisant du tissu connectif dense. »

Cette hypothèse de Gerster nous paraît absolument admissible. Tout récemment nous avons employé avec succès la réfrigération

dans un cas de synovite tuberculeuse du genou; sous l'influence de ce moyen, les douleurs et le gonflement ont rapidement disparu. Nous pensons que pour en obtenir quelques résultats, il ne suffit pas de suspendre le sac de glace à un cerceau au-dessus de la région malade; il faut l'appliquer, suivant le procédé que nous a appris notre cher maître, M. L. Labbé et qui rend de si grands services dans les cas de péritonite au début; au bout d'un et au plus deux jours, la température tombe, le ballonnement disparaît, l'état général s'améliore. Après avoir recouvert la peau d'une compresse de flanelle, on applique directement et sans les suspendre, deux ou trois vessies de glace; deux bourrelets d'ouate placés de chaque côté et un bandage de flanelle les maintiennent parfaitement en contact avec la région à traiter, malgré les mouvements du malade. Nous remercions M. Labbé de nous avoir fait connaître cette méthode de réfrigération, qui ne peut qu'être utile.

CHAPITRE III

Emploi des antiseptiques dans le traitement des abcès par congestion.

Depuis longtemps on a cherché à traiter ces foyers de tuberculose à l'aide de liquides modificateurs ou antiseptiques. Fabrice d'Aquapendente faisait des injections de vin et d'oxymel ; Velpeau traitait les abcès froids par les injections iodées ; Dupuytren se servait du vin chaud.

La liqueur de Villatte était utilisée par d'autres.

Abeille et Boinet (1849) employèrent la teinture d'iode et Boinet (Traité d'iodothérapie) publia des observations où ce procédé donna des résultats vraiment remarquables ; il se servait d'un liquide composé de parties égales d'iode et d'eau, en ajoutant 2 grammes d'iodure de potassium pour 100 grammes de liquide. Après la ponction et l'évacuation de l'abcès, il injectait 100 à 200 grammes de la solution, suivant les dimensions de la poche ; la laissait séjourner pendant 8 à 10 minutes, puis la retirait et appliquait un pansemeut occlusif et compressif. Une réaction inflammatoire se produisait après ces injections, le liquide se reproduisait et de nouvelles ponctions et injections étaient nécessaires ; au bout de quelque temps, la tumeur diminuait et se transformait en une masse indurée, indolente et stationnaire, mais souvent le trajet de la ponction devenait fistuleux.

Laugier ne partageait pas l'enthousiasme de Boinet à cause des accidents inflammatoires et des récidives.

Bonnet (de Lyon) publia dans son Traité des maladies articulaires (1853) une belle observation d'abcès par congestion de l'aine ; il avait fait une injection iodée. La guérison complète fut constatée deux ans après.

Heine attribuant les cas de mort signalés après l'emploi de la li-

queur de Villatte à l'acide acétique en excès qu'elle contient, modifia la formule de la façon suivante : sulfate de zinc, chlorure de zinc, âà 5 drachmes, eau distillée, cinq onces.

Le professeur Ollier employait cette liqueur étendue de 2 ou 4 fois d'eau.

Chopin (1854) dans sa thèse sur les injections iodées dans les abcès symptomatiques d'une altération osseuse, rapporte plusieurs cas de guérison dus à Maisonneuve, Huguier, Jamain, Ricord.

Les solutions de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, le baume du commandeur, le baume opodeldoch liquide, la teinture d'aloès, le baume du Pérou, les solutions d'éther iodoformé, l'huile d'eucalyptus, l'huile d'olive ont été essayés avec des résultats variables.

Avec la pratique de l'antisepsie et dans la pensée que ces injections simples ne parvenaient pas jusqu'aux lésions osseuses ou articulaires, ou ne désinfectait pas suffisamment les parois des abcès, et, sous l'influence des travaux de M. le professeur Lannelongue (1881), on pratique actuellement l'ouverture de ces foyers infectieux ; on extirpe le plus possible de la paroi qui contient les bacilles, on résèque, on gratte les parties osseuses malades ; puis on y introduit des substances antiseptiques, en lavages ou en pulvérisations.

Pour les abcès froids des membres, M. Lannelongue fait une incision, excise la paroi et injecte dans la plaie de l'eau alcoolisée ou phéniquée.

Pour les abcès par congestion du thorax et de l'abdomen, l'incision pratiquée, on introduit dans la profondeur de la cavité un long tube à drainage par lequel on injecte à plusieurs reprises une solution phéniquée forte « de manière à déterminer le contact du liquide avec la plus grande surface possible du foyer ».

M. Reclus (1886) recommande pour le traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale, l'ouverture, le grattage, la désinfection avec l'acide phénique ou le chlorure de zinc et la résection des os malades accessibles.

Petitot, dans sa thèse, inspirée par M. Bouilly (1884), vante l'emploi du chlorure de zinc déjà mis en usage par Köcher et Boeckel, en solution à 5 0/0 et quelquefois 10 0/0. Le chlorure de zinc aurait des propriétés antiseptiques assez prononcées et « ne serait pas causti-

que. » Après l'incision, il faut racler les fongosités et, si l'on peut, extirper le plus possible de la paroi de l'abcès. Dans les abcès par congestion du tronc : incision, contre-ouverture, raclage. Si l'on peut atteindre la lésion osseuse, il faut la racler, enlever les séquestres et tenter la réunion primitive, si la peau est intacte. M. Bouilly reproche à l'injection d'éther iodoformé la douleur souvent très vive qui suit l'injection, le sphacèle de la peau et l'intoxication par l'iodoforme ou l'éther.

M. Bouilly, dans un important mémoire lu au Congrès français de Chirurgie, en 1885, sur les résultats immédiats et éloignés du traitement des abcès froids, pose les principes suivants, bien démontrés par les opérations pour les tuberculoses locales ; il faut : « éviter les accidents septiques ; prévenir les auto-inoculations possibles, c'est-à-dire l'infection tuberculeuse locale ou éloignée ; s'opposer à la récidive locale ».

M. Bouilly indique ensuite les procédés qu'il a mis en usage dans le traitement des abcès froids d'origine osseuse ; ils sont trop importants, et répondent trop à ce que nous pensons, pour que nous résistions au plaisir de les transcrire : « Si l'abcès est ouvert spontanément ou si la région est criblée de fistules, par les ouvertures spontanées, je fais dans la poche une série d'injections au chlorure de zinc à 5 0/0 ; de manière à détruire ou à atténuer la virulence des produits. La poche une fois ouverte, le pus évacué, cette même solution est largement répandue dans la cavité et dans tous les diverticules et alors commence le curage et le grattage de l'abcès. Dans un bain de chlorure de zinc à 5 0/0, réalisé par une irrigation continue avec une seringue ou des éponges, la cuiller tranchante ramène des masses fongueuses, attaque les parois de l'abcès, les enlève complètement si elles sont molles et tomenteuses, se contente de racler leur surface si elles sont dures et bien organisées. Dans ce cas, c'est une barrière fibreuse qu'il faut respecter, c'est l'effet d'une guérison spontanée qu'il suffit d'aider. Si à l'examen minutieux, une partie osseuse a été trouvée dénudée, il faut franchement l'attaquer ; la cuiller est alors, en général, insuffisante, il est nécessaire d'employer la gouge et la rugine, mais s'il est possible, à tous ces moyens de destruction partielle, il faut préférer l'ablation de la portion malade. L'important est de tailler dans les tissus sains ; rien n'est fait si l'on n'a pas dépassé les limites du mal. Une dernière fois toute la région opératoire est irriguée et épongée

avec le chlorure de zinc à 5 0/0 ; l'hémostase est assurée, les cavités diverticulaires sont drainées.

Pour les abcès par congestion emplissant toute la fosse iliaque, jusqu'à la région lombaire, pour des collections volumineuses siégeant à la racine de la cuisse, entourant tout le membre et remontant jusque sous la fesse, après une incision suffisante pour permettre l'issue facile de tout le pus et des masses fongueuses, de nombreuses seringues chargées d'une solution phéniquée faible, sont poussées dans la poche pour la nettoyer aussi complètement que possible du pus et des matières caséeuses, et, quand le liquide revient clair, la poche est largement irriguée à plusieurs reprises avec une solution de chlorure de zinc à 12 ou 8 0/0. Un gros drain est ensuite introduit dans la poche. Pas de réunion immédiate. Je laisse la plaie largement béante, bourrée de gaze iodoformée, si la cavité est peu considérable, recouverte de quelques doubles de cette gaze si l'étendue de la surface ou l'état du sujet peuvent faire craindre l'intoxication ».

Socin (de Bâle) rapporte 25 cas d'abcès par congestion traités par l'incision, le curage et les lavages au chlorure de zinc : 5 guérisons complètes.

Boeckel, au même congrès, s'occupe du traitement des abcès ossifluents volumineux de la cuisse d'origine vertébrale. Il fait une large incision à la cuisse et une contre-ouverture lombaire ou dorsale, l'extirpation de la poche avec le bistouri ou les ciseaux, la curette ou la spatule. Puis, il promène des éponges montées, imbibées de la solution à 1 p. 10 de chlorure de zinc, très rapidement dans l'intérieur de la poche et jusque dans la cavité abdominale. « La destruction et l'élimination des parties malades se fait alors à coup sûr. Je termine alors par un grand lavage à la solution phéniquée faible pour enlever l'excès de chlorure ; puis le drainage de part en part et un pansement antiseptique. » Sur 7 cas, M. Boeckel a eu 7 guérisons dont 5 définitives et 1 cas avec menace de tuberculose généralisée.

Volkmann dit qu'il faut ouvrir même les plus grands abcès tuberculeux qui prennent leur point de départ dans les os et les articulations tuberculeuses aussitôt que possible ; il n'y a aucun danger quand on se sert de la méthode antiseptique.

M. le professeur Verneuil, dans un important mémoire (Revue de chirurgie, 1885) engage les chirurgiens à employer les injections

d'éther iodoformé dans le traitement des abcès froids. D'après lui, cette méthode a plusieurs avantages : valeur antiseptique de l'iodoforme et action curative spéciale de ce médicament contre la tuberculose ; innocuité de l'opération lorsqu'on ne dépasse pas la dose de 5 grammes d'iodoforme injecté à la fois ; facilité du manuel opératoire qui évite au malade une opération, une crainte de généralisation ou d'auto-inoculation ou une cicatrice.

M. Kirmisson est d'avis de différer autant que possible l'ouverture des abcès par congestion. Il pense qu'il ne faut intervenir que lorsque l'ouverture ne peut tarder à se faire, alors on fera une ponction aspiratrice. Cependant, il ajoute plus loin : « Aujourd'hui, il vaut mieux dans ces cas, ouvrir largement la poche ; tout le pus évacué, la poche est soigneusement lavée à plusieurs reprises avec les solutions antiseptiques ; drainage, pansement de Lister. Dans les cas habituels, la suppuration continue. » Quand la lésion est assez voisine de la poche pour pouvoir agir, il faut l'évider, la réséquer.

M. Verchère, développant les idées de M. Verneuil, publie dans la Revue de chirurgie (1886) plusieurs observations d'abcès par congestion traités par les injections d'éther iodoformé. Il pense que « les abcès symptomatiques de lésions osseuses sont justiciables de la ponction suivie d'injection d'éther iodoformé. Rarement la guérison survient après une seule injection, plusieurs sont nécessaires, il faut en faire tous les mois ».

M. le professeur Lannelongue, en 1886, dit « qu'il convient de garder une certaine réserve sur la valeur de l'injection iodoformée dans le traitement des abcès froids, car il n'est nullement démontré que l'iodoforme soit un médicament spécifique ».

Revenant sur ce sujet, dans son ouvrage sur la tuberculose vertébrale, en 1888, M. Lannelongue écrit que « l'efficacité des injections iodoformées dans le traitement des abcès tuberculeux et plus spécialement des abcès symptomatiques du mal de Pott, n'est pas admise sans conteste, malgré un grand nombre de succès publiés tant en France qu'en d'autres pays ».

« L'emploi des injections iodoformées dans les grandes cavités d'abcès commande une certaine prudence. Chez les enfants, il ne faut pas dépasser 2 ou 3 grammes. »

M. le professeur Lannelongue rapporte 10 cas d'abcès par con-

gestion traités par les injections d'éther iodoformé ; il a obtenu les résultats suivants :

Sur 10 cas : 4 fois après l'injection, inflammation locale assez vive avec tension et chaleur, état général grave, incision nécessaire et lavages antiseptiques ; 3 fois récidives au bout de 2 ou 3 semaines, 1 ouverture spontanée, pansements antiseptiques ; 1 guérison rapide ; 2 améliorations.

Pour les volumineux abcès par congestion de la fosse iliaque, M. le professeur Lannelongue recommande l'ouverture simple ou suivie de l'extirpation de la paroi de l'abcès et du foyer vertébral : « on doit inciser largement sur le point déclive, vider complètement la collection, pratiquer des injections antiseptiques et même légèrement caustiques avec une solution d'acide phénique ou de chlorure de zinc, et puis drainer et appliquer un pansement large mettant à l'abri du contact de l'air ». On doit faire « l'extirpation de la paroi de l'abcès et du foyer osseux lui-même toutes les fois que la chose est possible. On ouvre largement la poche, on décortique la paroi ; je me sers pour cela de longues spatules ou curettes d'un usage très commode. Si on peut atteindre le foyer vertébral, on le gratte, on l'évide avec la curette de Volkmann. On enlève tout ce qui est suspect ».

Schede (1886), dans le Traitement des abcès par congestion symptomatique du mal de Pott, pratique la ponction, le lavage avec une solution faible de sublimé. Sur 7 cas ainsi traités il a obtenu 7 guérisons.

Leser (de Halle) (1886) fait l'ouverture précoce antiseptique de ces abcès, le curage, le drainage et la contre-ouverture lombaire ou dorsale, au niveau de la vertèbre atteinte. De 1873 à 1884, il a opéré ainsi 58 cas dont 53 abcès par congestion (mal de Pott, gibbosité), 5 lésions tuberculeuses du bassin et de l'articulation sacro-iliaque. Les résultats ont été : 23 guérisons par première intention avec guérison de la fistule osseuse et 35 fistules. Mortalité : 40 0/0.

Joeger et Boeckel ont employé avec succès les injections d'éther iodoformé à 4 0/0 dans le traitement des abcès par congestion.

Hamilton (1887) traite les abcès froids volumineux par l'irrigation avec une solution faible de *chlorure de zinc*. Sa méthode de traitement consiste à transfixer l'abcès au moyen d'un trocart courbe ; on passe ensuite et on laisse à demeure un tube en caout-

chouc percé d'un trou qui correspond au centre de la cavité ; l'une des extrémités du tube communique avec un réservoir contenant une solution faible de chlorure de zinc dont on règle l'écoulement au moyen d'un robinet ; le liquide arrose continuellement les parois de l'abcès et ressort par l'autre bout du tube ; on n'observe pas de putréfaction du pus, bien que d'après Koch, le chlorure de zinc soit un mauvais germicide ; de temps en temps, de petits lambeaux membraneux sont éliminés. Au bout de huit jours, on enlève le tube et on se contente de nettoyer la cavité de l'abcès deux ou trois fois par jour, en y injectant la solution de zinc avec une seringue, on obtient ainsi une guérison rapide et parfaite.

M. Routier (1888) rapporte sept observations d'abcès ossifluents guéris, après extirpation ou grattage de la poche et lavage au chlorure de zinc.

M. Leriche publie dans sa thèse les bons résultats obtenus par M. Quénu dans le traitement des abcès par congestion par l'incision, le grattage, le lavage à l'eau phéniquée forte, puis l'imprégnation au chlorure de zinc à 1/10.

M. Barette cite quelques cas où les injections d'éther iodoformé ont réussi.

M. Piéchaud considère l'ouverture et le grattage des abcès par congestion comme des opérations dangereuses ou inutiles et recommande la ponction avec injection d'ether iodoformé ou l'injection d'éther iodoformé avec la seringue de Pravaz.

M. Cordier, à la Société de médecine de Lyon (1888), parle des bons effets des injections iodoformées dans les abcès par congestion, chez les enfants. M. Poncet, lui répond qu'avec le sublimé on aurait eu les mêmes résultats et qu'avec tous les traitements, le mal de Pott peut guérir chez les enfants, tandis que chez l'adulte, dans le mal de Pott, l'éther iodoformé n'a donné aucun résultat.

Dallinger (1889) a employé les injections d'éther iodoformé dans les abcès par congestion ; il n'en a pas vu guérir un seul sous l'influence de ces injections, qui d'ailleurs, lui paraissent dangereuses dans les abcès de la fosse iliaque parce qu'elles exposent à la gangrène et à l'intoxication.

M. Reclus (Traité de chirurgie, Ier vol., 1890) vante les bons résultats obtenus par les injections de vaseline, de glycérine ou d'éther

iodoformé ou d'eucalyptol dans les abcès par congestion. Ce chirurgien conseille, comme M. le professeur Lannelongue, non seulement d'évacuer le pus, mais d'extirper la membrane qui contient les bacilles, en la supprimant par la dissection, le grattage, le curage ou la destruction lente sous les parasiticides comme l'iodoforme, le chlorure de zinc. Il recommande les injections d'éther iodoformé dans les abcès non ouverts.

L'emploi des antiseptiques dans le traitement des abcès par congestion est donc généralement adopté : les chirurgiens cherchent dans ces cas à user de l'antiseptique qui a une action spécifique sur la tuberculose, mais ils craignent les dangers d'intoxication. Le sublimé, le biiodure de mercure, le chlorure de zinc, l'acide phénique et l'iodoforme paraissent jusqu'à présent donner les meilleurs résultats. Nous avons vu plusieurs fois employer ces liquides dans les abcès par congestion soit en lavages après l'incision (nous en rapportons quelques observations inédites); mais nous devons à la vérité de reconnaître qu'ils ont été souvent insuffisants à empêcher la récidive plus ou moins rapide. M. Périer s'est servi pour ce traitement de l'éther salolé puis du naphtol camphré, les résultats ont été souvent bons ; nous en rapportons des observations. Le naphtol camphré injecté dans ces abcès, même en quantité notable, n'a jamais déterminé d'accidents.

CHAPITRE IV

Injections antiseptiques interstitielles et intracavitaires dans la tuberculose des os et des articulations.

Boinet a obtenu avec les injections iodées quelques cas de guérison d'ostéites et d'arthrites tuberculeuses, et rapporte dans son traité d'iodothérapie, une observation de coxalgie suppurée et une autre de carie de sternum, guéries avec des injections iodées.

Le Dr Bienfait, de Reims, avait obtenu un succès avec des injections d'iode ioduré dans une arthrite tuberculeuse suppurée tibio-tarsienne.

Velpeau et Sédillot essayèrent ensuite ces injections dans les tumeurs blanches, après ouverture de l'articulation.

En 1867, Duménil (de Rouen) fait des injections de perchlorure de fer à 15°, dans les arthrites fongueuses et obtient des résultats peu satisfaisants.

Hueter en 1875, dans des cas semblables pratique une ponction, évacue le pus et injecte 3 à 4 grammes d'une solution phéniquée à 2 ou 3 0/0. Il emploie aussi le sulfate de zinc et la liqueur de Fowler.

Kœnig (1879) a obtenu de bons résultats avec les injections d'acide phénique. Ce chirurgien les recommande vivement pour les os et les articulations, tout en tenant compte des différences individuelles et en modifiant les doses et pense qu'il est probable qu'on pourra obtenir de meilleurs résultats avec d'autres solutions (injections arsénicales).

Le professeur Lefort présente à la Société de chirurgie un malade qu'il a traité avec succès pour une synovite fongueuse du genou, par les injections interstitielles et intracavitaires de sulfate de zinc. Il avait fait des injections de 2 ou 3 gouttes de sulfate de zinc à 1 p. 10,

additionné de 3 fois son volume d'alcool pur, puis des injections phéniquées à 1 p. 40.

En 1881, Mikulicz (de Vienne) (Congrès de la Soc. allem. de chir., 6-9 avril) parle d'une tumeur blanche tibio-tarsienne traitée par des injections parenchymateuses d'une solution d'iodoforme. Il se sert d'iodoforme à 1 p. 5 ou en émulsion dans la glycérine avec addition d'une petite quantité d'eau distillée. Chaque injection détermine des douleurs vives. Cette méthode de traitement n'est applicable qu'à des synovites récentes.

Mösetig von Moorhof a soigné avec succès un certain nombre de cas semblables.

Ricklin dans la *Gazette médicale de Paris* (p. 737, 1881) rapporte les résultats obtenus par Billroth, dans les cas de tumeurs blanches au début par l'emploi des injections parenchymateuses iodoformées à 1 p. 5.

En 1882, M. M. Sée communique à la Société de chirurgie une observation de double arthrite fongueuse du genou traitée heureusement par les injections iodoformées aidées de la compression élastique.

A la même Société, M. le professeur Lannelongue, dans son mémoire sur les fongosités articulaires engage le chirurgien, si la maladie évolue après l'immobilisation et la révulsion, à pratiquer l'ignipuncture ou des injections interstitielles ou intra-articulaires.

M. Ch. Nélaton (th. d'agrég., 1883), dit à propos des injections antiseptiques parenchymateuses :

« Je ne cite que pour mémoire une pratique qui n'est pas jusqu'ici adoptée, mais qui aurait donné de bons résultats à Mikulicz et à M. Sée. Je veux parler des injections parenchymateuses des solutions iodoformées dans les jointures. »

Poulet, dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie (1884) sur le traitement de l'hydarthrose tuberculeuse, se propose de recourir aux injections phéniquées à 3 ou 5 0/0 susceptibles d'agir sur toute la synoviale. Chauvel, rapporteur, pense qu'une solution iodoformée donnerait peut-être de meilleurs résultats et dit qu'il ne serait porté à utiliser ces injections qu'après l'échec des traitements ordinaires : compression élastique, révulsifs, immobilisation.

D'après Dufour (th. de Bordeaux, 1884, p. 50) « si l'immobilisation et la cautérisation ne donnent pas de résultats, si les injections intra-

articulaires de solutions iodoformées employées par Mikulicz et M. Sée, n'amènent pas la sédation ni la cessation du gonflement articulaire, il faut se hâter de recourir, soit au raclage de l'articulation, soit, si les lésions tuberculeuses sont profondes, à la résection ou à l'amputation ».

« Les injections interstitielles ont été employées et sont employées par beaucoup d'auteurs. Les uns ont recours aux agents caustiques (chlorure de zinc), d'autres aux agents antiseptiques (acide phénique, alcool, iodoforme) ; ils ont tous obtenu quelques succès dans les cas où les lésions étaient peu anciennes. Certains sont allés jusqu'à attribuer à l'iodoforme une action destructive et spécifique sur les éléments tuberculeux et les fongosités ; nous ne voyons là qu'une action antiseptique qui enlève aux microbes leur caractère infectieux » (Simon. Th. Montpellier, 1884, p. 48).

En 1885, Volkmann (14e congrès de la Société allemande de chirurgie, 8-11) rejette comme insuffisantes les injections modificatrices dans les fongosités, les ponctions et les lavages phéniqués, si ce n'est dans quelques cas d'hydarthrose tuberculeuse.

Weir (1886) a obtenu 7 succès sur 7 cas de synovites tuberculeuses aiguës ou chroniques du genou, traitées par les injections d'eau phéniquée à 1 p. 20, l'immobilisation et la compression.

Kölischer, se basant sur le fait de la calcification spontanée des tubercules pulmonaires, a employé le *phosphate de calcium* en solution concentrée et contenant de l'*acide phosphorique en excès*, en injections parenchymateuses dans la tuberculose articulaire et osseuse. Pour ces injections, il se sert d'une solution stérilisée de phosphate de chaux à 6,5 0/0 contenant 1 0/0 d'acide phosphorique libre. Après avoir rendue aseptique la région opératoire avec des compresses de sublimé, il fait une injection avec une seringue de Pravaz en caoutchouc et à aiguille platinisée, lentement dans les différents points du fongus, à chaque point on injecte une division de la seringue, jusqu'à ce que tout le fongus soit imprégné de la solution, ce qu'on reconnaît facilement à la mollesse des parties injectées, tandis que les autres sont élastiques. On enfonce l'aiguille aussi loin que possible, même dans les tissus osseux ramollis ; lorsqu'on pénètre dans du tissu sain, on sent un craquement particulier, tandis qu'on glisse facilement dans le tissu mou du fongus, qui d'ailleurs ne saigne

pas. L'injection est très douloureuse, les douleurs durent encore plusieurs heures après l'injection et sont très intenses ; ces douleurs peuvent être facilement calmées avec une injection de morphine ou rendues moins vives en ajoutant de la cocaïne à la solution.

On peut considérer trois périodes dans l'action de ces injections parenchymateuses : La première de réaction qui dure 4 ou 5 jours et qui est caractérisée par de la douleur et de la fièvre ; la période de calcification dans laquelle les malades n'ont pas de douleurs et qui dure trois semaines, enfin la période de résorption. Pendant la première période, on applique un pansement antiseptique, pendant la seconde, immobilisation du membre dans un appareil silicaté ou amidonné. Au bout de trois à six semaines, le fongus est guéri et l'on peut rétablir les fonctions de l'articulation par le massage.

Lorsque le fongus est en voie d'accroissement, il s'ouvre une semaine après l'injection et donne issue à des masses granuleuses, à des flocons de pus et de fibrine ; dans ce cas on élargit l'ouverture et l'on remplit la cavité de gaze imprégnée d'une solution de phosphate de chaux acide à 6,5 0/0 contenant 1 0/0 d'acide phosphorique libre ou même 2 0/0. Il faut renouveler les tampons, au début, tous les deux jours. Les cavités se remplissent vite de bourgeons de bonne nature et une fois qu'elles ont atteint la surface cutanée, on les traite d'après les préceptes ordinaires. Quant aux abcès froids, il faut les ouvrir largement, les vider et les remplir, sans raclage préalable, de gaze phosphatée.

Lorsqu'on veut traiter par cette méthode des fongus déjà ouverts, on avive les bords, on introduit dans leur cavité de la gaze et on y injecte la solution.

Kölischer a obtenu, avec cette méthode, dans nombre de cas, des résultats excellents.

Deux enfants atteints de fongus de l'articulation du coude ont été guéris par ce moyen, l'un en six, l'autre en quatre semaines, actuellement il n'y a plus trace de douleurs ni de gonflement et au lieu de l'ankylose presque absolue qui existait avant le traitement, la mobilité de l'articulation est presque complète.

Un autre enfant âgé de six ans, qui avait une carie des os de la main et une affection fongueuse du genou, est également aujourd'hui en très bonne voie de guérison.

Kölischer rapporte encore deux autres observations de guérison.

Dans la discussion qui suivit la communication de Kölischer Albert (de Vienne) dit qu'il croit que ce procédé constitue une acquisition thérapeutique importante, il lui paraît que les succès obtenus par le phosphate de chaux sont plus remarquables que ceux fournis par l'ignipuncture.

Le 17 novembre 1887, Kölischer présente à la Société impériale et royale des médecins de Vienne, un cas de fongus de l'articulation tibio-tarsienne, qui, malgré la gangrène qui a suivi l'injection de phosphate de chaux, a guéri parfaitement ; il s'agit d'une récidive bilatérale d'un fongus qui siégeait primitivement à la face interne de l'articulation. Lorsque Kölischer vit l'enfant pour la première fois, il y avait un gonflement diffus de toute la région de l'articulation, les mouvements étaient limités et douloureux. Injection de 12 centimètres cubes de la solution de phosphate de chaux. Pendant deux jours l'enfant éprouva des douleurs vives et de la fièvre. Au bout de 10 jours, on vit se former une plaque gangreneuse du volume d'une pièce de deux sous en avant et au-dessous de la malléole externe. Au bout de trois semaines, le fongus durcit et les douleurs disparurent ; vingt-huit jours après, l'enfant commença à marcher, le tissu gangreneux fut éliminé et deux mois et demi après, la guérison était complète.

Quand il y a production de fistules après l'ouverture des abcès froids, Kölischer obtient toujours la guérison rapide par l'indroduction de tampons de gaze contenant 5 0/0 de phosphate de chaux. Quand il y a un foyer osseux, il faut, autant que possible, faire l'extraction du séquestre.

Kölischer pense que ce traitement est indiqué surtout chez les enfants, dans tous les cas de fongus des parties molles.

Dittel a employé les injections de phosphate de chaux dans 11 cas de fongus, mais il n'a obtenu de succès que dans deux cas. Dans 7 cas, il a employé le tamponnement avec la gaze imprégnée de phosphate de chaux, mais il n'a obtenu aucun succès.

Le Dr Gibert, du Havre, a publié de beaux succès dus à l'emploi des injections antiseptiques interstitielles.

Vargas, dans un mémoire présenté au congrès pour l'étude de la tuberculose (Paris, 1888), étudie la valeur de la thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses. « On pratique les injections

interstitielles dans les os ou dans les articulations : a) Avec l'acide phénique. Dans les cas d'ostéo-arthrite du genou, bornée au condyle interne du fémur, M. Rivera a obtenu la guérison définitive avec deux injections d'acide phénique à 5 p. 100 ; *b*) avec la teinture d'iode. Il a opéré dans deux cas de synovite fongueuse du genou et la suppuration fut tellement grande qu'elle exigea l'amputation chez les deux sujets ; *c*) avec l'iodoforme. Nous avons obtenu de bons résultats dans les synovites fongueuses ; dans les lésions osseuses, les injections n'ont produit aucun effet. L'action spécifique germicide n'a pas été confirmée ; *d*) avec le phosphate acide de chaux. Recommandé récemment par Kölischer, nous n'en avons pas encore fait l'essai ».

A propos du traitement des ostéo-arthrites du pied, M. Blum (1888) s'exprime ainsi : « On s'efforcera, au début, dans les caries superficielles, d'obtenir la guérison au moyen d'injections détersives ou modificatrices (iode, sulfate de zinc ou de cuivre, acide phénique, acétate de plomb, liqueur de Villatte, etc. »

Sprengel a essayé le procédé Kölischer (injections de phosphate acide de chaux). Après cinq ou huit séances de ce traitement, on a recours au massage pour mobiliser l'article et compléter ainsi la guérison. Müller (de Leipzig) a largement expérimenté cette méthode, mais sans aucun résultat favorable. Sprengel l'a essayée toutefois : « Dans deux cas de tuberculose fongueuse tibio-tarsienne avec abcès, j'ai obtenu un certain succès. Le gonflement disparut et les abcès se résorbèrent, de même pour une tuberculose du coude. En présence de ces résultats, j'estime qu'il faut essayer cette méthode destinée à rendre de grands services, mais je ne crois pas qu'elle puisse remplacer l'opération. »

Landerer (de Leipzig) emploie le baume du Pérou en injections dans la tuberculose des os et des articulations et obtient de beaux résultats ; il se sert de l'émulsion suivante : baume du Pérou, 1 gr. ; mucilage de gomme arabique, 1 gr. ; huile d'amandes douces pour faire une émulsion très fine, q. s. ; chlorate de soude, 0,70 centigr. ; eau distillée 100 grammes.

« Je ne fais que mentionner, dit M. Tillaux, les injections interstitielles d'acide phénique soit dans les tissus péri-articulaires, soit dans l'articulation elle-même. Je ne sache pas que cette méthode soit utilisée dans notre pays et je n'en saurais apprécier les résultats. »

Léonti recommande d'employer d'abord les injections interstitielles médicamenteuses, quitte à en arriver plus tard à une opération.

Dupin étudiant le traitement des tumeurs blanches par les injections interstitielles et intra-cavitaires d'éther iodoformé, constate que ces injections sont très douloureuses, déterminent parfois des escarres au niveau des piqûres et font courir le risque de l'intoxication. Il conclut cependant que : « La méthode des injections iodoformées intra-articulaires et intra-parenchymateuses est probablement antibacillaire aussi bien sur place qu'à distance ; elle n'est pas seulement expectative, mais curative ; à ce dernier titre, elle s'applique de préférence aux cas où les articulations atteintes sont facilement accessibles et ne sont pas trop désorganisées par suite du progrès du mal ; elle devient la méthode d'élection chez les sujets (phthisiques avancés, vieillards) chez lesquels on redoute d'entreprendre une opération. Dans les cas de tuberculoses locales graves, avec ou sans lésions viscérales peu étendues, elle peut être employée, sinon comme curative, du moins comme préparatoire. »

Hager a traité les arthrites tuberculeuses par les injections ou les lavages. Il ponctionne, injecte le liquide dans l'article, le laisse quelques minutes, puis le retire et remplit de nouveau la cavité jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. Pendant ces injections on imprime des mouvements légers à l'articulation.

Il avait d'abord employé l'acide phénique à 3 et 5 0/0, le chlorure de zinc, le sublimé à 1/1000 ; il a dû y renoncer, ces liquides ne produisant aucun effet. Il se sert d'injections de sublimé à 5 0/0 et 10 0/0, cette dernière solution donnant de bien meilleurs résultats. « Après les injections, immobilisation, compression, massage. Sur 81 cas d'arthrites tuberculeuses peu avancées, dans lesquelles il n'y avait ni suppuration très marquée, ni perforation de la capsule, les malades présentant tous les symptômes de la tuberculose, les résultats ont été les suivants :

« 81 cas : 31, malheureux, 48 plus ou moins satisfaisants ; 22 malades ont pu quitter l'hôpital sans appareil et sans douleurs. Sur ces 22, 15 sont partis avec une articulation normale ; chez les autres, les phénomènes aigus avaient disparu, mais quelques-uns ont dû porter des appareils compressifs. »

Schoph (1889) a essayé le traitement de Landerer dans deux cas

d'ostéites tuberculeuses et n'a eu qu'à s'en louer. Rabl l'a également employé et a obtenu des résultats satisfaisants.

Van Vamossy encouragé par les succès de Landerer, a essayé heureusement le baume du Pérou en injections dans la tuberculose des os et des articulations, nous en rapportons quelques observations.

Richardson publie trois cas d'hydarthrose tuberculeuse du genou, dans lesquels l'injection d'acide phénique à 5 0/0 a amené la guérison.

Laborde (Th. de Bordeaux, 1889) a étudié les injections cavitaires et interstitielles dans le traitement des tuberculoses locales. Il conclut que : « la manière la plus efficace de mettre l'iodoforme en contact avec la tuberculose externe est de l'y faire pénétrer par des injections, que ces injections peuvent être cavitaires ou interstitielles, les meilleurs véhicules de l'iodoforme sont l'éther à 5 ou 10 p. 100, la vaseline et l'huile de vaseline. Ces injections influencent très favorablement les abcès liés aux caries des os, les tumeurs blanches. Il ne faut jamais injecter plus de 4 ou 5 grammes d'iodoforme à la fois ».

Wendelstadt publie dans le *Centralblatt für Chirurgie* (1889) les résultats obtenus dans la clinique de Tredelenburg pour le traitement de la tuberculose osseuse et articulaire par les injections parenchymateuses d'huile iodoformée. « On a abandonné l'éther iodoformé à cause des intoxications, de la gangrène. On emploie l'huile iodoformée à 5 p. 25, préparée peu de temps avant de s'en servir. Injection de 2 à 3 centim. cubes avec une seringue de Pravaz. On fait une injection tous les huit jours, après antisepsie de la peau, en différents points de l'articulation malade. Quand on fait une injection dans les masses fongueuses près des trajets fistuleux, il est nécessaire d'exercer un effort afin que le liquide arrive au contact des parties malades. Quelquefois trois ou quatre injections suffisent. Dans d'autres cas, l'amélioration est lente. Le plus souvent les douleurs cessent vite, le gonflement diminue progressivement, devient dur. Les abcès du début diminuent, puis disparaissent, les fistules plus lentement. La sécrétion purulente diminue peu à peu et ne tarit le plus souvent qu'à la suite d'un très long traitement. La mobilité de l'articulation s'améliore surtout si on a soin de faire exécuter des mouvements au moment des dernières injections. L'immobilisation n'est nécessaire que si les douleurs sont très vives. Certains cas sont

irrémédiablement malheureux, ils s'améliorent mais ne guérissent jamais, il faut avoir recours à une opération. »

D'après Keussner, même quand il n'y a pas guérison, il y a au moins amélioration. A la suite de ces injections on constate quelquefois une élévation de température soit le jour même, soit les jours suivants, jusqu'à 40°. Cette température ne dure pas et n'influe pas sur la marche ultérieure de la maladie ; elle paraît être due à ce que le mélange n'a pas été bien stérilisé. Il faut avoir soin de toujours stériliser l'huile. Pas de cas d'intoxication. Les malades peu gravement atteints peuvent être soignés comme malades externes. Sur 109 cas ainsi traités, par ces injections d'huile iodoformée, on a obtenu les résultats suivants :

28 opérés, grattage ou incision d'abcès ;
36 guérisons définitives ;
37 améliorations ;
12 insuccès ;
24 malades sont encore en traitement ;
14 améliorés ;
10 injectés depuis peu de temps.
Donc sur 85 malades : 36 guéris.
Sur les 37 améliorés, plusieurs ne se sont pas représentés. »

M. Périer a essayé les injections interstitielles de naphtol camphré dans la tuberculose osseuse et articulaire et a obtenu quelques bons résultats que nous rapportons. Ces injections ne sont pas du tout douloureuses. Nous-même les avons employées dans les mêmes conditions ; nous avons traité avec succès 4 cas de spina ventosa. Nous nous en occuperons à propos de la tuberculose des os.

CHAPITRE V

Emploi des antiseptiques dans le traitement de la tuberculose osseuse.

Dans les opérations dirigées contre la tuberculose osseuse, l'emploi des antiseptiques est de rigueur ; il ne suffit pas de mettre à découvert le foyer infectieux, de l'enlever, de le détruire, il faut prévenir la récidive et les accidents septicémiques. Il a été, en effet, démontré que ces lésions, surtout lorsqu'il y a des fistules, renferment non seulement les bacilles tuberculeux, mais encore les micro-organismes de la suppuration.

M. Reclus dit très justement que, dans les opérations pour tuberculose des os « il faut empêcher le pus de s'accumuler et de se corrompre dans les clapiers soigneusement désinfectés par les antiseptiques ; on drainera les cavernes, on les évidera ; on réséquera les parties atteintes ».

Bien avant de connaître les agents d'infection, les chirurgiens, constatant les suppurations graves et les septicémies qui survenaient après les opérations sur les os, et en particulier dans la tuberculose, avaient cherché à désinfecter le tissu osseux après l'intervention ; ils faisaient des lavages à l'alcool, à la teinture d'iode (Boyer, Velpeau, Huguier, etc.), à la liqueur de Villatte, au chlorure de zinc.

Sous l'influence de la doctrine de Lister, on fit des injections d'acide phénique à 2 ou 5 pour 100. Le sublimé remplaça ensuite l'acide phénique et donna de meilleurs résultats. Le baume du Pérou qui doit son action antiseptique à la créosote, était employé par Sayre (1853) ; depuis quelques années, certains chirurgiens étrangers s'en servent avec succès dans les ostéites. L'acide salicylique, l'acide lactique, le bismuth, le thymol, etc., ont été employés avec des résultats variables. Après les travaux de Mikulicz et Mösetig, l'iodoforme

est devenu, pour la plupart des chirurgiens, le spécifique recherché : on remplit de poudre d'iodoforme ou de gaze iodoformée les cavités osseuses consécutives à l'opération. Cette pratique n'est cependant pas sans dangers : c'est surtout dans ce cas, que ce médicament a donné lieu à des intoxications quelquefois mortelles. Aussi depuis quelque temps, est-on devenu plus réservé dans l'usage de cet antiseptique pour les plaies osseuses ; les chirurgiens prudents n'usent que de faibles quantités d'iodoforme. Kœnig qui recommande cet agent dans le traitement consécutif des opérations pour tuberculose osseuse, dit très nettement : « nous n'employons jamais plus de 10 grammes, ordinairement 5 suffisent chez les personnes âgées ou les patients affaiblis et atteints d'affections cardiaques ou rénales ». Le professeur Ollier, le professeur Lannelongue, M. Boeckel donnent les mêmes conseils. Quelques chirurgiens craignant l'intoxication iodoformée dans ces opérations, se contentent de déposer sur les surfaces osseuses de très petites quantités de poudre, comblant ensuite la cavité de gaze phéniquée ou sublimée. M. L. Championnière emploie pour cet usage sa poudre antiseptique.

M. Périer rejette complètement l'iodoforme et ne sert que du salol. Dans plusieurs cas, nous l'avons vu remplir la cavité d'évidement de sachets de gaze contenant une quantité variable de poudre de salol, et cela sans qu'il n'ait jamais eu à constater la moindre intoxication et le moindre accident septique. Depuis plus d'un an, M. Périer emploie, pour ces pansements, de la gaze imbibée de naphtol camphré; après un lavage de la plaie opératoire avec ce liquide, il introduit une mèche de gaze largement imbibée et la laisse au moins deux jours en place, afin que les parois du foyer soient plus sûrement désinfectées, et, au second pansement, suivant les indications, il se sert de la même gaze au naphtol camphré ou fait un pansement au salol. Nous avons souvent employé ces pansements au naphtol camphré dans le service de M. L. Labbé : ils ont toujours donné d'excellents résultats; nous rapportons quelques observations à ce sujet.

L'emploi des antiseptiques dans le traitement consécutif des opérations pour la tuberculose osseuse, soulève une question importante. On peut se demander si ces agents, en contact avec le tissu osseux, ne déterminent pas une ostéite irritative. C'est fort probable, puisque

l'os se met à bourgeonner. D'ailleurs, nous avons pu constater ce fait, chez un malade soigné pour une lésion du grand trochanter avec le pansement au naphtol camphré et qui mourut de tuberculose pulmonaire. Tout autour de la cavité opératoire, le tissu osseux présentait manifestement les caractères de l'ostéite franche ; nous n'y avons trouvé ni bacilles, ni nodules tuberculeux. Il nous paraît que cette ostéite irritative provoquée par cet antiseptique est salutaire ; le foyer tuberculeux est sûrement stérilisé et une ostéite franche remplace l'ostéite tuberculeuse.

Vincent, de Lyon, se basant sur les expériences de MM. Pasteur et Chauveau, au sujet de l'atténuation des virus par la chaleur, engage à toucher vigoureusement l'os avec le fer rouge, en appuyant fortement le cautère, puis à saupoudrer la surface avec de la poudre d'iodoforme. Cette cautérisation ignée avait été déjà employée avec succès par MM. Richet et Ollier. « Elle suscite, dit M. Ollier, une irritation énergique, une inflammation franche du tissu osseux, qui remplace l'ostéite tuberculeuse. » Elle agit donc absolument comme les antiseptiques, mais peut-être avec un degré de plus.

A la suite d'évidements considérables des os, quelques chirurgiens craignant une longue réparation et ne pouvant, sans courir les risques d'une intoxication, remplir ces cavités de substances antiseptiques, ont proposé des moyens devant amener plus rapidement la guérison. Schede remplit la plaie opératoire d'un caillot sanguin ; d'autres chirurgiens, en Allemagne et surtout en Angleterre, l'ont imité et ont été satisfaits. Senn a tout dernièrement publié un nouveau procédé ; il comble la cavité osseuse, rendue préalablement aseptique, par de l'os décalcifié antiseptique. Nous n'avons jamais vu employer ces deux procédés, toutefois nous donnerions la préférence au second s'il était plus pratique. Le premier nous paraît bien dangereux, car il est bien difficile d'être absolument sûr d'avoir stérilisé un foyer de tuberculose, surtout dans les os, et l'on sait avec quelle facilité les bacilles de Koch cultivent activement dans le sérum sanguin.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue les opérations dirigées contre la tuberculose osseuse. Deux lésions nous arrêteront : la tuberculose vertébrale et le spina ventosa. Quant aux tuberculoses osseuses des membres, il me paraît que leur étude doit être rapprochée de celle des affections articulaires.

Tuberculose vertébrale. — A propos des abcès par congestion, nous avons vu qu'actuellement on cherchait à traiter ces foyers et les lésions osseuses qui leur donnent naissance, par les injections de liquides antiseptiques ; ces tentatives sont souvent insuffisantes, la lésion tuberculeuse est trop éloignée de la partie apparente de l'abcès, on ne peut arriver à désinfecter l'os malade. Par la contre-ouverture lombaire, ou dorsale, pour les vastes abcès ossifluents de la fosse iliaque, on se rapproche bien de la lésion, mais même avec ce procédé on ne peut souvent pas l'atteindre. Les résultats de l'intervention chirurgicale seront naturellement tout autres quand la collection purulente se montre à la partie postérieure du tronc.

Dans ces cas, on peut après l'incision de la poche, arriver jusqu'à la vertèbre altérée et s'il n'est pas toujours possible de réséquer ou d'évider la partie malade, les antiseptiques agissent sur elle plus efficacement. Ce n'est que depuis quelques années que les chirurgiens ont tenté des opérations sur la tuberculose vertébrale ; les résultats fournis par ce mode d'intervention directe sont assez satisfaisants pour que l'on soit encouragé à l'employer.

En 1879, Hueter, dans un cas de mal de Pott dorsal, avec abcès par congestion, n'hésita pas à inciser l'abcès et à injecter dans le corps de la vertèbre une solution phéniquée à 5 0/0.

J. Boeckel (*Gaz. hebd. de Strasbourg*, 1882) fit avec succès une costectomie et un évidement vertébral.

La même année, Israël (*Berl. Klin. Wosch.*, 9 mars) réséqua la 12e côte et gratta le corps de la 12e dorsale.

En 1883, M. Polaillon publia dans l'*Union médicale*, 2 guérisons obtenues chez deux adultes de 33 et 31 ans, à qui il avait réséqué une apophyse épineuse.

Delorme (Th. de Faucillon, 1887) a enlevé avec succès, 5 centimètres de la 12e côte et gratté le corps de la 12e dorsale.

M. le professeur Lannelongue publie dans son Traité de la tuberculose vertébrale (Paris, 1888), 2 observations avec 2 guérisons et indique la marche à suivre dans le traitement du mal de Pott postérieur. « Quand il y a abcès : incision, extirpation ou grattage de la paroi, grattage des fistules, grattage ou résection de la partie osseuse malade (apophyse transverse, apophyse épineuse). Pansement iodoformé à plat ou suture après désinfection de la plaie avec un antiseptique.

Dans la tuberculose sacro-iliaque ou du sacrum, mêmes indications; quand il y a abcès, ouverture, extirpation de la membrane tuberculeuse, de la partie osseuse ou articulaire malade et modification du foyer par un antiseptique.

En suivant ces préceptes, chez un malade encore en traitement, dans le service de M. L. Labbé, et opéré il y a un an pour une fistule de la région anale d'origine osseuse, nous avons réséqué le coccyx infiltré et gratté un foyer caséeux situé dans le corps de la dernière vertèbre sacrée. Pansement à plat avec la gaze imbibée de naphtol camphré. Quand nous avons quitté le service, le 31 janvier, la plaie bourgeonnait activement.

Spina ventosa. — Le spina ventosa se montre surtout chez les enfants, mais quelquefois aussi chez l'adolescent et l'adulte. Chez les enfants, le traitement général bien conduit, le grand air, le séjour aux bords de la mer, l'huile de foie de morue, etc., arrivent souvent à faire avorter cette affection tuberculeuse. Mais quand la maladie évolue, quand malgré les soins hygiéniques et le traitement local (teinture d'iode, emplâtre mercuriel), la lésion fait des progrès, on est obligé d'en arriver à une opération.

Avant l'antisepsie, l'amputation était souvent la seule ressource; cependant, dès 1867, Sédillot dans son mémoire sur l'évidement sous-périosté, et M. Ollier, dans son Traité de la régénération des os, indiquaient le traitement conservateur.

Goetz, dans une thèse importante sur l'affection qui nous occupe, parle seulement, au point de vue du traitement local, du pansement avec le vin aromatique ou le chloral à 1 p. 100.

Parrot, en 1880, termine ainsi une série de leçons cliniques : « En présence d'un spina ventosa, combattre la diathèse, et, s'il existe des plaies, vous les traiterez de manière à faciliter l'expulsion des produits morbides et des séquestres, et à rendre les cicatrices aussi peu difformes que possible. »

D'après Heydenreich, il faut au début insister sur le traitement général, les révulsifs, la teinture d'iode, même quand il y a des ulcérations; puis si l'affection progresse, évidement, résection sous-périostée, amputation.

Les auteurs classiques tiennent le même langage.

M. de St-Germain (1887) engage à pratiquer l'amputation dès

que le spina ventosa a pris un développement assez grand pour qu'il paraisse au moins superflu de fonder des espérances légitimes sur le traitement général, sur le séjour à la mer. Comme pansement, applications de charpie imbibée d'alcool.

En 1888, M. Piéchaud, publie dans une clinique sur le spina ventosa, une observation de guérison après injections d'éther iodoformé dans le centre de l'os, et recommande ces injections qu'il y ait ou non fistule et dans ce cas, grattage des fongosités ou résection partielle.

M. le professeur Lannelongue, dans une très intéressante communication faite au dernier Congrès français de chirurgie, sur les déformations consécutives au spina ventosa, indique les règles suivantes au sujet du traitement : à la première période du mal, on se contente du traitement médical et hygiénique ; plus tard, quand les fongosités envahissent, le chirurgien a l'obligation d'agir, d'enlever tout ce qui est malade, par des résections ou l'ablation de la phalange.

Dans le service de M. L. Labbé, l'année dernière, ayant eu à traiter 4 cas de spina ventosa, dont 2 non ulcérés, j'ai fait, sans grattage, ni résection, des injections intra-osseuses de naphtol camphré. A la suite de ces injections, pas de douleurs. Dans un seul cas, une légère réaction inflammatoire qui a duré fort peu. Ces injections furent faites tous les 8 ou 10 jours. Dans les 4 cas, la guérison a eu lieu en deux ou trois mois. Les phalanges ont diminué peu à peu de volume, la gêne et la douleur ont complètement disparu.

M. Périer, tout récemment a employé avec succès les pansements au naphtol camphré dans un cas de spina ventosa, après grattage des fongosités.

CHAPITRE VI

De l'emploi des antiseptiques dans la tuberculose articulaire : arthrotomie, arthrectomie, résection.

Avant Lister, les chirurgiens n'osaient pas intervenir largement dans la tuberculose articulaire ; ils se bornaient à inciser les abcès péri-articulaires ou à faire des ponctions sous-cutanées et des injections modificatrices (teinture d'iode) dans l'article ; l'amputation était souvent la seule ressource dont ils disposaient, pour le traitement des tumeurs blanches.

Actuellement, trois modes d'intervention sont surtout employés dans le traitement de la tuberculose articulaire. L'arthrotomie simple avec lavage articulaire ; l'arthrectomie osseuse et synoviale (synovectomie) ; la résection.

Le traitement essentiellement conservateur par l'immobilisation et le traitement général doivent souvent être tentés quand les malades sont dans des conditions sociales favorables à cette méthode ; l'amputation a ses indications spéciales. Nous n'insisterons pas sur ces deux points, ayant surtout en vue ici le traitement de la tuberculose articulaire par les antiseptiques.

Chacune de ces opérations (arthrotomie, arthrectomie, résection) a ses indications particulières auxquelles on doit absolument se conformer ; mais avec l'emploi des antiseptiques, nous pensons que ces interventions peuvent et doivent être aussi conservatrices que possible. Il y a quelques années, au début de la méthode antiseptique, la résection était devenue l'opération courante dans le traitement des tumeurs blanches. Les résultats rapides que l'on obtenait, sans suppuration, encourageaient les chirurgiens à la pratiquer. Mais bientôt une réaction assez vive ne tarda pas à se faire. Déjà Ollier, au congrès de Copenhague, repoussait la résection chez les enfants ; en

Allemagne, Volkmann, Kœnig, Israel préconisaient des opérations partielles (arthrectomie synoviale et osseuse); en France Létiévant faisait l'arthroxésis, Vincent pratiquait l'arthrotomie combinée avec le chauffage articulaire. Ils ne recouraient à la résection typique que dans certains cas où cette opération était absolument indiquée.

En Angleterre et aux États-Unis, la résection qui avait été accueillie si favorablement, sous l'influence de Lister, est actuellement repoussée par des chirurgiens éminents, ils lui préfèrent les résections partielles. En France, l'arthrectomie n'est pas admise par la majorité des chirurgiens et, si nous nous en rapportons à la discussion de la Société de chirurgie (1888), nous voyons qu'elle est encore très discutée quoiqu'elle ait des partisans convaincus.

Il ne m'appartient pas de trancher une question aussi importante, cependant la lecture de nombreux travaux publiés dans ces dernières années sur le traitement des tumeurs blanches et quelques faits que j'ai observés dans les services de mes maîtres, MM. Monod, Périer et Labbé, me conduisent à penser que l'on peut beaucoup obtenir de la chirurgie articulaire conservatrice, à condition que l'on enlève complètement tous les foyers tuberculeux et que l'on stérilise les surfaces opératoires avec des antiseptiques, dans le cas où quelque production bacillaire aurait été oubliée.

Après ces opérations bien conduites, en observant une antisepsie rigoureuse, on peut obtenir d'excellents résultats et éviter la récidive et l'auto-inoculation.

L'arthrotomie dans la tuberculose articulaire a été magistralement étudiée par notre cher maître, M. Jalaguier, dans sa thèse d'agrégation (1886). Nous puiserons largement dans ce travail important.

Lister, en 1867, avait ouvert avec succès une arthrite fongueuse du coude. En 1872, Schede pénètre de propos délibéré dans une articulation de la hanche pour la vider de son contenu et pour la drainer; il s'agissait d'une coxalgie suppurée avec fistule, chez une jeune fille de 17 ans; guérison en trois mois.

La même année, Volkmann fait le raclage des fongosités articulaires en introduisant une cuiller tranchante à travers le trajet fistuleux, lave l'articulation à l'eau phéniquée et y introduit de la poudre d'iodoforme (20 à 60 grammes).

Au troisième congrès de chirurgie allemande (1874), Schede pose les indications de l'arthrotomie dans les tumeurs blanches, et cite une statistique personnelle de 6 opérations. Sur 4 cas d'ouverture du genou, suivi de drainage, il eut trois morts par accidents pulmonaires et tuberculose généralisée ; dans ces quatre cas, Schede fit des incisions simples avec drainage. Les deux autres cas, deux enfants, l'un de 3 ans, l'autre de 15, guérirent.

Attenburow (1879) recommande l'arthrotomie hâtive ; Annandale pense de même.

« Nussbaum m'a communiqué, dit Albert (de Vienne), 1876, un cas dans lequel, pour une arthrite fongueuse du genou, il pratiqua de petites incisions dans l'articulation malade et établit le drainage de Lister. Succès complet. Je suis allé plus loin, j'ai extirpé le fongus. » Dans son traité de chirurgie, à propos de l'application de l'arthrotomie aux arthrites fongueuses, Albert dit : « Les indications de l'arthrotomie sont très discutables, pour les productions fongueuses ; le plus souvent, quand il y a une quantité considérable de pus dans une articulation, l'évacuation est favorable. En général, le grattage qui accompagne l'ouverture de l'articulation et l'ablation des masses fongueuses, abrègent considérablement la durée du traitement ; mais il faut se demander, comme ordinairement ces opérations se pratiquent chez les enfants, si les choses n'auraient pas tourné favorablement quand bien même on n'aurait pas eu recours à cette opération. »

Schede, Nussbaum et Albert ne pratiquaient des lavages articulaires, phéniqués ou autres, qu'afin de rendre aseptique la cavité synoviale et ne la drainaient que pour se conformer aux préceptes de Lister.

Volkmann (1877) propose l'ablation totale de la synoviale, sans toucher aux os.

En 1877, Scriba préconise le drainage simple après incision et lavage antiseptique, il cherche à agir sur la synoviale pour modifier sa vitalité. Après avoir évacué son contenu, il propose les lavages à l'eau phéniquée à 5 0/0. Il semble les croire capables de détruire les foyers tuberculeux, en même temps que de provoquer une inflammation réactionnelle suffisante pour assurer leur élimination. Après le lavage, il conseille de maintenir en place dans l'intérieur de la jointure, pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines, un tube à

drainage destiné à continuer, par sa seule action de présence, l'irritation consécutive au lavage phéniqué. Il rapporte cinq cas, l'un de Czerny qui guérit en trois mois avec un résultat définitif assez favorable, 3 observations de Volkmann dont 2 se terminèrent par la mort et un cas personnel qui mourut d'épuisement (Jalaguier).

J. et E. Boeckel font l'arthrotomie et l'abrasion de la synoviale par dissection.

Létiévant a décrit dans le *Lyon médical* (1879) son procédé d'arthrotomie avec grattage de la synoviale ou arthroxésis ; il recommande « d'enlever le mal, rien que le mal, de respecter ce qui est sain, tout ce qui est sain, d'enlever avec la curette toutes les fongosités ».

J. Boeckel, dans ses Fragments de chirurgie antiseptique (1882) établit ainsi les indications du traitement des tumeurs blanches : « Les suppurations intra-articulaires accompagnant les tumeurs blanches, sont favorablement traitées par l'arthrotomie précoce. Alors même qu'il existe des altérations osseuses, on obtient des succès remarquables, mais il faut que les dégâts du côté des os soient limités et n'intéressent qu'un condyle ou une extrémité articulaire. Chez les enfants et les jeunes sujets, la guérison est pour ainsi dire la règle, à la condition d'enlever toutes les parties malades avec la gouge, d'exciser les fongosités ou de pratiquer l'abrasion des cartilages, comme le préconise Létiévant. Même lorsqu'on est obligé d'en venir à la résection, l'arthrotomie précoce est utile ».

D'après Boegehold, ni l'injection phéniquée, ni le drainage consécutif ne sont capables de guérir une arthrite fongueuse, « qu'on arrose, dit-il, avec autant d'acide phénique que l'on voudra, des fistules ou des ulcères tuberculeux, on verra que, dans la plupart des cas, l'effet sera nul ».

La résection n'est presque jamais indiquée dans l'enfance, d'après Chandelux (Th. agrég., 1883), c'est une opération de nécessité chez l'adulte ; on ne doit pas la pratiquer si la synoviale seule est le siège de fongosités.

Le professeur Ollier est très favorable à la résection qui a d'ailleurs donné entre ses mains de bien beaux résultats. « Les résections articulaires pratiquées chez les tuberculeux peuvent donner des succès durables ; elles permettent non seulement d'obtenir une guérison

locale, mais encore d'enrayer les accidents généraux qui ont leur source dans l'absorption des produits des foyers tuberculeux articulaires. Une résection suivie d'une guérison locale complète, c'est-à-dire la cicatrisation définitive de la plaie opératoire, n'expose pas plus que l'amputation à l'infection tuberculeuse secondaire. » Il engage à modifier les tissus par le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, la créosote.

Bidder publie (*Deut. zeit. f. Chir.*, 1884) trente cas d'intervention pour tuberculose des grandes articulations ; les malades suivis longtemps ont parfaitement guéri. Il recommande l'ablation précoce des tissus malades par l'arthrectomie ou la résection, suivant les indications opératoires et repousse tout traitement palliatif.

B. Körff est partisan de l'arthrotomie précoce ; il a constaté une généralisation fréquente de la tuberculose (méninges, poumons) chez les malades soumis au traitement palliatif.

L'opinion du professeur Ollier, en matière d'opérations pour tuberculose articulaire, est trop importante pour que nous hésitions à rappeler ce qu'il dit dans son traité des résections (1885), au sujet de ces interventions : « Quant aux ablations totales de la synoviale, sans toucher aux os, proposées par Kœnig et Volkmann, leur exécution rigoureuse est toujours difficile et leur gravité nous paraît incontestable, au point de vue de l'infection générale, dans les cas de lésions manifestement tuberculeuses » (p. 464). Les faits de généralisation tuberculeuse à la suite de ces opérations et cités par Kœnig Volkmann et Ollier « se rapportent à des formes graves de tuberculose, dans lesquelles il vaut mieux amputer ». « Pour les formes moins avancées, cette dénudation des extrémités osseuses pourra sans doute réussir ; mais nous préférons, chez les enfants, faire (au genou) des abrasions moins complètes, suivies de la cautérisation des tissus suspects. Nous avons ainsi obtenu la guérison des arthrites fongueuses qui se sont vidées de leurs produits par la suppuration, se sont bien mieux et plus rapidement guéries que les articulations qu'on n'a pas débarrassées de ces mêmes matières tuberculeuses, quelque indolentes qu'elles soient. » « Dans ces arthrites fongueuses, lentes, chroniques, qui, malgré tous les traitements rationnels, ne veulent pas aboutir et qui progressent toujours, quoique lentement, il ne faut pas attendre la suppuration pour opérer. »

M. Ollier considère les soins complémentaires de la résection comme très importants : toilette de la synoviale, abrasion des fongosités. « Une fois l'os sectionné et la bande de caoutchouc enlevée, on lave la plaie avec de l'eau phéniquée froide. S'il existe une infiltration suppurative remontant dans le canal médullaire, on évide ce canal ; on enlève ensuite avec des ciseaux courbes et on racle avec une cuiller tranchante les fongosités qui tapissent la synoviale et s'accumulent dans les culs-de-sac, et on les cautérise au fer rouge, en ayant bien soin de ne pas cautériser la gaine périostique. » « Cette toilette de la synoviale doit être faite avec soin ; il faut enlever ou modifier par la cautérisation toutes les masses fongueuses qu'on rencontre. La plaie est ensuite bien détergée avec la solution phéniquée.... Il ne faut pas enlever systématiquement toutes les granulations qui recouvrent la gaine capsulaire. S'il s'agit de fongosités pâles, mollasses, infiltrées, accumulées en quantité dans les culs-de-sac, ayant cet aspect gélatineux et anémique, caractéristique des tumeurs blanches, il faut enlever toute la masse fongueuse et modifier avec le fer rouge ou le chlorure de zinc leur base d'implantation et le reste des tissus fibreux qui, tout en ayant conservé encore une certaine consistance, sont cependant manifestement altérés. »

Chez l'enfant, dit Volkmann (1885) la tuberculose évolue d'une façon plus énergique, suppure assez rarement, se circonscrit le plus souvent et même des cas très graves de tuberculose osseuse ou articulaire peuvent rétrograder ; tandis que chez l'adulte pour obtenir la guérison dans les cas analogues, il faut enlever les parties malades. Il repousse la résection et préfère l'arthrectomie ; avec la résection il y a à craindre l'arrêt de développement, les contractions vicieuses et le raccourcissement, même chez l'adulte. Pendant l'arthrectomie, il conseille de pratiquer de temps en temps des lavages de la plaie avec une solution antiseptique et de plus de frotter énergiquement les surfaces avec des éponges trempées dans la même solution (sublimé, acide phénique, iodoforme), puis de bourrer les plaies opératoires avec de la gaze antiseptique (iodoforme ou sublimé) afin d'obtenir une guérison définitive.

Pour Kœnig, le traitement opératoire de la tuberculose articulaire doit se borner à enlever les parties malades de l'os et de l'articulation (Tub. des os et articul., 1885). La résection n'a sa raison d'être que si

elle est le seul moyen de débarrasser une articulation de ses foyers tuberculeux. « L'excision typique des articulations peut être évitée dans ces cas. La règle qui doit nous guider dans toutes ces opérations, est d'épargner autant que possible toutes les parties de l'articulation dont l'extirpation n'est pas absolument commandée par la nécessité d'enlever tous les tissus malades. » Il n'est pas d'avis de pratiquer la résection précoce ; elle ne doit être pratiquée que dans les cas graves, quand il y a des lésions osseuses profondes, des séquestres cunéiformes et de grands amas de fongosités caséeuses ayant détruit l'os dans une grande étendue. Réglant ensuite le procédé opératoire, il dit : « qu'il faut que l'articulation soit assez largement ouverte pour qu'on puisse examiner tous les plis et recoins de la synoviale. Il faut chercher à faire les incisions de telle façon qu'on n'ait éventuellement pas besoin de faire la résection si après l'incision des parties molles, on trouve qu'une opération partielle peut suffire. Il ne faut sacrifier l'os que s'il est malade ou que si cela est indispensable pour rendre accessible les parties malades de la synoviale. On ne doit pas enlever des portions de l'os uniquement pour faciliter l'opération. Partout où la synoviale paraît dégénérée, on la dissèque avec les pinces et les ciseaux de Cooper ». Les abcès intra-articulaires doivent être incisés ; puis, grattage des fongosités, excision des parois de l'abcès (membrane pyogène), iodoforme dans la cavité et pansement antiseptique. Dans les arthrectomies, après l'incision, grattage et excision des os et des tissus tuberculeux, irrigation de tout le champ opératoire au moyen d'un liquide désinfectant poussé sous une certaine pression (solut. concentrée d'acide phénique au 20e chez l'adulte ; chez l'enfant, d'acide salicylique ou de sublimé). De cette façon on enlève les débris de fongosités et les fragments osseux, puis on essuie toute la région et l'on introduit une quantité modérée de poudre d'iodoforme, mais pas trop fine, en frottant avec le doigt, sur toutes les surfaces où il y a eu des tubercules. « Si en explorant l'article nous trouvons que la maladie est trop avancée pour permettre l'opération que nous avions projetée, nous pratiquons immédiatement la résection ».

M. Bouilly fait une irrigation antiseptique continue pendant les opérations pour tuberculoses externes. « Pendant l'opération (Petitot. Th. doct., Paris, 1885) un aide maintient d'une main, au-dessus de l'instrument, une éponge imbibée de chlorure de zinc à 5 0/0 et la com-

prime légèrement de façon à faire couler dès la première incision un filet de la solution sur les parties que le bistouri entame et on essuie la plaie avec une éponge. »

Bidder considère qu'avec les méthodes actuelles, l'expectation n'est pas indiquée dans la tuberculose articulaire et qu'un traitement actif est absolument nécessaire. Tout en insistant sur le traitement général on devra éliminer les foyers péri ou intra-articulaires par l'évidement, le raclage, l'ignipuncture, la résection et agir sur la plaie à l'aide d'agents capables de détruire les productions tuberculeuses qui pourraient y rester.

Les lavages au chlorure de zinc à 2 gr. pour 30 ou la solution iodée ont donné quelques bons résultats à Barwell.

M. Picqué (*Encycl. de chir.*) n'est pas partisan de l'arthroxésis et de l'arthrectomie chez l'adulte, et dit qu'elles ne sont applicables que chez les enfants.

M. Reclus engage à essayer les injections antiseptiques interstitielles dans le traitement des tumeurs blanches, avec l'acide phénique, la solution arsenicale, le sulfate de zinc au 10 et surtout l'iodoforme. Il constate que l'arthrotomie avec grattage et lavages antiseptiques a donné de bons résultats.

L'arthroxésis et l'arthrectomie ne paraissent pas des opérations suffisantes à M. Vincent (*Encycl. de chir.*), il leur préfère la résection. L'évidement est, à son avis, une opération excellente dans les cas d'ostéopathies tuberculeuses juxta-épiphysaires, grâce à la bande d'Esmarch et aux pansements antiseptiques. « En pareil cas, la cautérisation au fer rouge sera un adjuvant utile à l'évidement, comme irritant et parasiticide, combinée à l'iodoforme. » « La cautérisation intra-articulaire ne nous semble opportune dans les grandes articulations que s'il s'agit d'une synovite tuberculeuse simple ou avec des lésions très légères des extrémités osseuses : arthrotomie ignée combinée avec le chauffage articulaire et l'immobilisation... L'articulation ouverte avec le thermocautère, nous la chauffons avec d'énormes cautères, jusqu'à ce que les liquides qui en sortent soient à une température que le doigt ne peut supporter. Les fongosités cautérisées, et l'articulation chauffée, nous saupoudrons la surface avec l'iodoforme et appliquant un pansement de Lister rigoureux, nous immobilisons le membre dans un appareil ouato-silicaté. »

L'arthrectomie synoviale a donné à Kœnig (1886) deux nouveaux cas de guérison ; il en conclut que cette opération « guérit non seulement la tumeur blanche, mais n'entrave en rien la fonction de l'articulation. Soit au point de vue de la position des membres, soit au point de vue de leur développement, ces articulations ne diffèrent presque en rien d'une articulation saine ». Israel se montre très favorable à l'arthrectomie, et conserve autant que possible les os et les cartilages.

Mazzoni pense, à l'appui de pièces anatomiques, que contrairement à l'opinion du professeur Lannelongue et de Volkmann, le plus souvent chez l'adulte aussi bien que chez l'enfant, la tuberculose articulaire débute par la synoviale, d'où la nécessité d'une intervention chirurgicale précoce à l'aide des antiseptiques.

Socin (de Bâle) dans une étude fort intéressante sur la tuberculose articulaire, conclut que : l'arthrotomie donne de bons résultats dans la tuberculose diffuse de la synoviale avec ou sans exsudats fibrineux et grains riziformes ; qu'elle donne des résultats douteux dans la tuberculose noueuse circonscrite ou fibrome tuberculeux de Kœnig et l'empyème tuberculeux, pyarthrose ou abcès froid qui est le plus souvent l'expression d'une tuberculose miliaire chez les enfants et se voit aussi chez l'adulte ayant des tubercules dans d'autres organes ; qu'elle ne réussit qu'exceptionnellement dans la tuberculose fongueuse diffuse avec ou sans abcès ou fistules ; dans ces cas, la résection est préférable.

« M. le professeur Lannelongue considère, dit M. Jalaguier (Th. agrég., p. 139), que la question d'arthroxésis ou d'arthrectomie se pose quand la synoviale est fongueuse et l'articulation vide de liquide. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il y a un abcès extra-articulaire, qui peut être d'origine osseuse ou synoviale ou qui peut même reconnaître ce double point de départ. On commence par ouvrir l'abcès ; on explore ensuite, puis, soit au travers de l'os, soit au travers de la capsule, on entre dans la jointure en agrandissant cette ouverture, et alors on explore de nouveau, pour se comporter différemment suivant que l'on rencontre des lésions de tel ou tel ordre. Tantôt, enfin, c'est la synoviale elle-même qui est remplie de produits caséeux et de pus.

M. Lannelongue est d'avis que dans ces circonstances l'incision est très légitime. Il convient, suivant lui, de pratiquer des incisions

petites et multiples sur tous les points déclives, de manière à ne laisser échapper ni clapier, ni trajet purulent. Il préconise en outre dans ces cas une large incision exploratrice et ne compte plus les succès ainsi obtenus. »

M. Jalaguier pense (p. 131) que « dans certaines conditions bien déterminées, dans les arthrites fongueuses nettement suppurées, par exemple, l'incision antiseptique, la désinfection et le drainage, peuvent favoriser la tendance à la guérison spontanée que manifeste quelquefois la tuberculose articulaire ». « Sur 76 observations plus ou moins complexes que nous avons dépouillées (et où l'ouverture simple et le drainage des articulations fongueuses ont été pratiqués), nous ne trouvons que 11 ouvertures simples suivies de drainage ; et, soit dit en passant, ces 11 opérations n'ont fourni que de bien piètres résultats ; savoir : 4 guérisons sans fistules persistantes, qui se répartissent au point de vue de l'état fonctionnel, de la façon suivante : 1 mobilité à peu près conservée ; 1 ankylose complète ; 2 fois nous n'avons pas de renseignements sur l'issue définitive. Quant aux 7 autres opérations, elles ont donné 1 guérison après résection consécutive ; 3 guérisons après amputation consécutive ; 1 récidive ; enfin 2 morts ayant suivi de près l'opération. »

Tiling, dans une étude sur la technique des résections (1887), dit qu'actuellement on n'a guère plus recours aux résections typiques, on cherche à pratiquer l'ablation complète de la synoviale, puis du côté des os, à n'enlever que ce qui est malade

L'intervention radicale est justiciable, d'après Pilcher, à une date plus précoce chez l'adulte que chez l'enfant. Mugnai fait le moins de résections possibles.

Bryant, cité par Sayre, dit, dans une leçon publiée in *The Lancet*, que : « beaucoup d'arthrites peuvent guérir par une simple ouverture de l'articulation, avec extraction des os nécrosés. Je vous ai présenté une série d'arthrites de l'épaule, du coude, de la hanche, du genou, du cou-de-pied, du gros orteil, qui ont guéri ainsi, et je suis sûr de ne pas me tromper en affirmant que dans presque tous ces cas, sinon dans tous, bien des chirurgiens auraient fait la résection totale, quelques-uns même l'amputation ; mon intervention opératoire a été simple et n'a exposé les malades qu'au minimum du danger ».

Dans un mémoire sur la simplification du traitement post-opéra-

toire de la résection du genou (Revue de chirurgie, 1887, p. 600), le professeur Ollier, dit en note : « Dans l'arthrotomie, l'arthrectomie ou l'arthroxésis, pour bien découvrir l'articulation et fouiller dans tous ses recoins, un lambeau quadrilatère à base supérieure, avec incision transversale sous-rotulienne, nous paraît indispensable. Alors, suivant l'étendue des lésions, on se contente d'une abrasion ou d'une excision superficielle si la surface des os est seule malade, ou bien on procède à une résection typique. Cette abrasion rentre dans les opérations économiques que nous recommandons depuis 25 ans chez les enfants en particulier. En réunissant exactement par la suture le tendon rotulien, on rétablit sa continuité, ce qui est très important chez les jeunes enfants, qui peuvent, après cette abrasion, recouvrer la mobilité du genou quand les cartilages ne sont pas détruits. Pansements à l'iodoforme : poudre, gaze phéniquée. »

Gerster a étudié longuement le traitement opératoire des articulations tuberculeuses. Dans son mémoire, il insiste beaucoup sur les précautions à prendre dans ces interventions pour éviter l'auto-inoculation ou la dissémination opératoire de la tuberculose. Il recommande d'appliquer avant l'opération la bande hémostatique au-dessus de la lésion, mais sans refoulement du sang. Wölfler a en effet démontré que tant que la bande d'Esmarch est en place, aucune absorption ne peut se faire à partir de la plaie à travers les veines et les lymphatiques cutanés. « Il faut, dit Gerster, éviter l'emploi de la force brutale par une pression excessive des écarteurs, puis éviter d'agir avec les doigts là où un ouvrage propre fait avec le bistouri est préférable ; en un mot éviter toutes les manipulations violentes. De larges incisions éviteront l'emploi d'une force exagérée « et des causes de dégâts en mettant bien à nu les parties sur lesquelles on doit opérer. Il faut se servir toujours du couteau pour diviser les tissus résistants et de la rugine seulement pour détacher le périoste là où il est lâchement uni à l'os sous-jacent. A chaque fois que l'on se sert de la curette pour enlever des fongosités, des os cariés ou des produits caséeux, il faut d'abord laver et enlever ces débris ainsi détachés par un jet continu et vigoureux d'une solution antiseptique ».

Le professeur Ollier, dans un mémoire sur l'arthrectomie ou ablation de la synoviale (1888), dit qu'il préfère le mot synovectomie à arthrectomie. « Cette opération que l'on ne doit pas généraliser, est

applicable dans tous les cas où la synoviale est le siège de processus tuberculeux assez avancé, parfois, en effet, les os sont intacts, tandis que la synoviale, en couche épaisse est criblée de petits foyers caséeux et purulents. Avec l'ischémie, l'anesthésie, l'antisepsie, avec les drainages latéraux et postérieur, cette opération est bénigne et donne d'excellents résultats immédiats. De crainte de récidives on doit réserver cette opération pour les cas où la synoviale est seule malade. Quand les épiphyses sont envahies et surtout quand il s'agit d'adultes, la résection s'impose ».

Clutton pense que la résection sans arthrectomie est une mauvaise opération, car, à une période avancée elle est insuffisante et à une période précoce, une opération moins grave suffit. Selon lui, l'arthrectomie doit être pratiquée de bonne heure ; son but est d'enlever toutes les parties malades sans toucher à ce qui est sain ; il n'est pas toujours nécessaire de réséquer les surfaces articulaires. Il faut enlever avec le scalpel ou les ciseaux la synoviale, inspecter les ligaments, exciser ceux qui sont suspects, si les cartilages sont attaqués, les gratter à la curette, les évider ou en réséquer une partie au besoin, s'ils sont mobiles les enlever. Clutton engage à laisser la capsule qui sera suturée et restaurera l'articulation, à suturer au catgut les tendons, les ligaments ; et pendant toute l'opération, asepsie rigoureuse et lavages avec des liquides antiseptiques. Il ajoute : « cette opération faite à temps, amène une prompte guérison. L'articulation retrouve rapidement une apparence de santé ; plus d'épanchement dans les culs-de-sac synoviaux ; la douleur disparaît ; l'on obtient l'ankylose suivant que le chirurgien l'a voulue ou non ; à une période avancée, des récidives ont lieu ou la plaie guérit moins vite avec fistules, et il faut recourir à des opérations secondaires, d'ailleurs bien moins graves que la première ».

Page Hubert préfère l'arthrectomie à la résection, et recherche l'ankylose ; la résection doit être réservée pour les cas où le genou est ankylosé dans la flexion ou bien pour ceux où, au moment de faire l'arthrectomie, on s'aperçoit que les lésions osseuses sont trop étendues.

A propos d'une communication de M. Delorme sur quatre cas d'arthrectomie du genou pour tumeurs blanches, et du rapport de M. Chauvel, une discussion eut lieu à la Société de chirurgie

(mars 1888); cette discussion est trop importante pour que nous n'y insistions pas. « M. Terrier préfère la résection aux incisions plus ou moins étendues de la synoviale.

« M. Schwartz a fait une arthrectomie partielle de l'articulation tibio-tarsienne en octobre 1887. Il s'agissait d'une femme de 24 ans, atteinte d'une arthrite fongueuse tibio-tarsienne, secondaire à la tuberculose péri-articulaire. Il y avait, en avant, une collection molle, fluctuante, probablement constituée par des fongosités et peut-être même du pus. L'articulation était douloureuse et gonflée, les mouvements impossibles.

« Incision de la malléole externe à la tête de l'astragale. Je tombai sur un abcès fongueux, ouvert dans l'articulation ; j'excisai avec des ciseaux des parties fongueuses qui confinaient à l'astragale et à la malléole externe, en enlevant aussi quelques petits fragments osseux de l'astragale ; le reste de l'article était intact. Lavage de l'articulation avec l'eau phéniquée forte, puis suture et drainage sous un pansement antiseptique. Guérison en 15 jours.

« M. Schwartz revoit la malade en février 1888. Les mouvements étaient revenus en partie, le gonflement et les douleurs avaient totalement disparu. M. Schwartz ajoute que c'était un cas absolument favorable à l'arthrectomie.

« M. Tillaux « estime que lorsque la lésion est absolument limitée à la synoviale, l'arthrectomie est très bien indiquée, la résection étant réservée aux cas où les os sont malades. L'arthrectomie est une opération relativement nouvelle, elle répond à certaines indications. Avant de l'adopter ou de la rejeter, voyons d'abord les résultats qu'elle donne. » Et il ajoute : « Au sujet de l'arthrectomie, on ne saurait trop encourager les recherches en ce sens, ne fût-ce que pour le traitement des tumeurs blanches chez les enfants. On sait en effet combien il importe chez eux, au point de vue de l'accroissement du membre, de conserver les épiphyses. Toute opération qui respectera les extrémités osseuses sera donc, pour les tumeurs blanches des enfants, particulièrement recommandable. »

« Quand la lésion est absolument limitée aux parties molles, dit M. Kirmisson, il faut faire l'arthrectomie. »

« M. Reclus cite l'observation suivante en faveur de l'arthrectomie : « Une jeune fille avait été soignée pendant 18 mois, dans son pays,

pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, par les moyens usités en pareil cas. Lorsqu'elle nous fut adressée, l'articulation était en pleine suppuration, l'état général fort mauvais. J'ouvris largement l'article, j'enlevai le plus possible, avec la curette et les ciseaux, de la synoviale et des fongosités ; découvrant de plus un foyer osseux, dans la malléole externe, j'évidai celle-ci, ce qui me conduisit à l'ablation presque complète de la malléole. Le résultat de mon intervention fut excellent. Au bout de cinq mois, la guérison était absolue. J'ai, depuis, revu cette malade dans son pays, se livrant sans douleurs ni gêne aux plus durs travaux de la campagne. »

« M. Chauvel dit que toutes les fois que l'on constatera que la synoviale est seule malade, il sera sage de ne pas aller plus loin et de respecter les os ; il faudra faire le grattage exact de la face profonde de la peau afin d'éviter les récidives. »

« M. L. Championnière pense, à propos de l'arthrectomie, « que les interventions limitées à la synoviale ne lui paraissent pas jusqu'ici avoir donné des résultats satisfaisants. Il préfère la résection, parce que généralement les os sont malades et qu'il est très difficile de nettoyer complètement la synoviale surtout à la face postérieure du tibia. Même chez l'enfant, il préfère la résection à l'arthrectomie parce que généralement les os sont malades. Il pense que le raccourcissement dû à la résection ne doit pas être pris en considération ; les malades marchent fort bien avec un membre plus court. Dans les deux opérations (résection, arthrectomie), il y a un membre rigide. Il conclut qu'au triple point de vue du résultat fonctionnel, de la bénignité et de l'efficacité, l'arthrectomie n'a sur la résection aucune supériorité réelle et pense que la résection donnant un résultat nécessairement plus complet, doit l'emporter sur l'arthrectomie ; mieux vaut l'abstention qu'une opération incomplète ».

Dans une série de leçons sur la tuberculose articulaire et son traitement opératoire, Barker insiste sur l'utilité de l'antisepsie dans ces interventions et sur certains points qui nous paraissent d'une grande valeur clinique.

Il pense qu'actuellement pour la tuberculose articulaire des extrémités, on ne doit choisir qu'entre l'excision précoce partielle ou complète et l'amputation et que l'on ne saurait trop combattre l'excision pratiquée à une période avancée.

A propos du manuel opératoire, Barker recommande les grandes incisions, qui permettent d'enlever un foyer tuberculeux sans intéresser les éléments essentiels de l'articulation ; on pourra voir s'il n'y a pas des lésions tuberculeuses limitées des os et enlever facilement ces foyers avec la gouge ou la curette tranchante, sans endommager les surfaces articulaires. Même si les cartilages sont malades, que la lésion vienne de l'os ou de l'articulation, on peut en sacrifier une certaine partie sans causer de tort à la mobilité future. « Si pendant l'opération on rencontre un foyer caséeux intra-osseux ou intra-articulaire, il faut se prémunir, pendant qu'on l'extirpe, contre les dangers de la réinoculation, surtout quand cette lésion tuberculeuse est arrivée à la période de caséification. S'il est possible, en retournant la peau ou les muscles à droite ou à gauche, de mettre à nu tout le foyer malade, il faut isoler ce foyer par une dissection minutieuse comme si c'était une production maligne et, à chaque coup, le bistouri doit entamer le tissu sain à l'entour. En même temps, il faut éviter par tous les soins possibles de laisser échapper des produits caséeux dans la plaie nouvellement faite ou dans la cavité articulaire. Si par malheur il était impossible d'éviter une telle contamination des surfaces sectionnées, il faudrait alors aussi rapidement et aussi complètement que possible les nettoyer en les arrosant avec l'une ou l'autre des solutions microbicides puissantes dont nous disposons. On choisira de préférence la solution phéniquée ou celle au bichlorure de mercure. » Quand les tissus péri-articulaires sont infiltrés de fongosités, l'ouverture de l'articulation doit être différée jusqu'à ce que toute l'étendue malade de la synoviale ait été enlevée aussi loin que possible. « Finalement après avoir arrosé les parties sectionnées avec la solution antiseptique, on termine l'ablation complète des tissus malades et il faut faire cette ablation en masse. »

Alors, on examinera l'état des extrémités articulaires et, si le malade est un adulte, il se peut fort que les cartilages articulaires soient, sinon tout à fait, « du moins en partie intacts, à moins que l'on n'ait attendu trop longtemps. Dans ce cas, après une irrigation prolongée de tous les recoins de l'articulation et après les avoir essuyés avec une éponge, il faut saupoudrer toutes les surfaces visibles avec de l'iodoforme finement cristallisé ». « La généralisation et l'auto-inoculation n'a lieu que lorsqu'on n'a pas enlevé complètement tout le tissu malade,

sauf quand il y a inoculation des parties saines par des parties malades sectionnées et en contact. Il faut, pour éviter cela, laver soigneusement tous les débris tuberculeux semés pendant l'opération, et il faut irriguer avec des solutions microbicides fortes avant de fermer la plaie. On doit par leur emploi détruire ces germes qui, tombant sur un terrain sain peuvent se développer et produire ensuite des abcès froids qui se forment lentement et qui se produisent longtemps après que la plaie avait été guérie. » Comparant ensuite la résection et l'arthrectomie, Barker ajoute : « Après quelques années, lorsque les principes sur lesquels reposent le traitement des tuberculoses articulaires seront mieux compris et lorsque la nécessité d'une intervention précoce sera reconnue, de telles opérations deviendront de la dernière rareté en chirurgie, elles seront entièrement remplacées, je pense, par l'extirpation des foyers localisés dans les os, sans sacrifier leur longueur, ni entraver leur accroissement. Elles modifieront le cours consécutif du processus tuberculeux au point de vue de la généralisation. »

Von Bartha pose ainsi les indications de l'arthrectomie et de la résection : « Quand la maladie débute par la synoviale, quand les épiphyses sont peu altérées nous préférons l'arthrectomie. Cette opération est bonne lorsque la constitution des parties permet l'extirpation facile de la synoviale, mais quand le cartilage de conjugaison est atteint, lorsque dans les extrémités on trouve des noyaux tuberculeux, il vaut mieux faire la résection surtout au point de vue fonctionnel. »

Podrèze (1889) étudiant le traitement opératoire de l'arthrite tuberculeuse et se basant sur de nombreux faits cliniques pense que l'intervention pour les tumeurs blanches doit être préférée à tout autre traitement. D'après la statistique, l'expectation donne une mortalité assez considérable et, dans les meilleurs cas, aboutit à la conservation du membre impotent ; en outre, la récidive est moins fréquente et plus bénigne après une résection que dans l'expectation simple : de plus la généralisation de la tuberculose, en cas d'intervention opératoire, est moins à craindre que dans tout autre traitement.

Neugebauer a une tendance à faire des résections partielles, au lieu de résections totales ; dans les résections partielles il enlève quelquefois des tranches très minces des extrémités osseuses, gratte les parties caséeuses, et recherche l'ankylose, puis, pansement à l'iodoforme et quelquefois au sucre. Il reconnaît que la majorité des gué-

risons complètes ont lieu dans l'enfance et que les résultats favorables sont en raison inverse de l'âge. Le raccourcissement sera d'autant moins marqué que la guérison aura été plus rapide.

A propos de deux malades ayant subi l'arthrectomie pour tumeurs blanches et présentés à l'Académie royale de médecine d'Irlande (août 1889), Heuston dit que : « cette opération doit être pratiquée : dans les affections strumeuses à une période de début et bien plus tôt qu'une résection, lorsque le repos et le traitemeut local ne semblent pas arrêter les progrès lents et insidieux du mal dans l'articulation, surtout lorsque la maladie semble être seulement localisée à la synoviale ; mais si les cartilages et les os sont attaqués dans une certaine étendue, cette opération ne peut pas remplacer la résection. Dans les cas où elle a été pratiquée à propos, les résultats sont très encourageants : 63 p. 100 de guérisons. » Dans la discussion qui a suivi cette présentation, Thomson combat l'arthrectomie. « On a reproché à la résection de raccourcir le membre, mais il vaut mieux une jambe plus courte, qu'une jambe de bois. Il est difficile de dire, dans son diagnostic, si la synoviale seule est malade, si les os et les cartilages ne sont pas attaqués. S'ils le sont, quel est l'avantage de l'arthrectomie ; le mal demeure : tôt ou tard, il faudra réséquer, puis amputer. Lorsqu'on me prouvera que l'ablation de la synoviale arrête définitivement les progrès du mal dans les articulations, j'adopterai ce procédé opératoire. » Keudal Franks répond que « ce serait une étrange erreur que d'opposer l'arthrectomie à la résection, car, si les deux opérations sont pratiquées pour la même maladie, elles doivent être faites à des périodes toutes différentes. En chirurgie, il vaut mieux être conservateur que radical ; on pratique la résection lorsque les os sont attaqués, aussi M. Heuston, à une période moins avancée, pratique l'arthrectomie. On trouvait que la résection était une opération conservatrice à côté de l'amputation, M. Heuston est encore plus conservateur, puisqu'il préserve l'articulation d'une résection. Il pense que l'arthrectomie sera une opération très en faveur lorsqu'elle aura été appliquée à la période de début de la maladie. » D'après W. Thornley Stoker, l'arthrectomie doit être pratiquée seulement lorsque les tissus mous sont malades, et mise de côté lorsque les cartilages et les os sont attaqués ; il faut ouvrir largement l'articulation et ne pas enlever la synoviale à travers une simple

boutonnière. M. Heuston répond qu'il n'a pas la prétention de remplacer la résection par l'arthrectomie, il s'agit de savoir choisir les cas où celle-ci doit être appliquée.

M'Ardle F.R.C.S.I. dans un travail très important sur le traitement des affections tuberculeuses des os, des articulations et des synoviales tendineuses, lu à la section de chirurgie de l'Académie royale de médecine d'Irlande (janvier 1889), recommande pour la tuberculose articulaire l'opération précoce. En agissant ainsi, on obtient, dit-il, la guérison rapide de la plaie, le rétablissement de l'état général du malade et les résultats éloignés sont infiniment meilleurs que lorsque l'on a attendu pour intervenir. Il pense que l'ablation d'une tuberculose localisée doit réduire non seulement la mortalité immédiate, mais encore la mortalité éloignée. Grâce à l'intervention précoce, dans la tuberculose articulaire, on constate que la synovite est guérie, que la marche de la maladie est enrayée et qu'on obtient un membre sain jouissant de tous les mouvements. Ardle recommande de faire l'incision ou les incisions de telle sorte qu'elles puissent servir pour une arthrotomie, une arthrectomie ou une résection typique. Les ouvertures doivent être suffisamment grandes pour permettre l'ablation complète des parties malades. « L'arthrectomie que plusieurs regardent comme devant remplacer la résection typique excepté lorsque les os sont fortement attaqués, n'a pas du tout le crédit que devaient lui donner ses bons et nombreux résultats. On doit la pratiquer quand la maladie est parfaitement limitée et que les lésions osseuses sont superficielles. »

Forgue, dans une revue sur les opérations pour les tuberculoses, insiste sur l'antisepsie nécessaire dans ces opérations : « Les instruments (cuiller, gouge, ciseaux) ne doivent agir que dans un bain fortement antiseptique. On y perd en commodité opératoire, mais on y gagne en sécurité thérapeutique et l'on se garde, dans la mesure des garanties possibles, contre le péril des auto-inoculations bacillaires ». Il recommande l'emploi de la poudre d'iodoforme et de la gaze iodoformée chiffonnée. Dans les évidements et le grattage, pas de réunion.

Tout récemment, M. Heydenreich, dans un ouvrage sur la thérapeutique chirurgicale contemporaine, s'occupe de l'arthrectomie de Volkmann. Cette opération fournit un membre de forme et de longueur normales ; pour le genou, la solidité de la jointure ankylosée est plus

grande qu'à la suite de la résection. Si un foyer tuberculeux passe inaperçu et se ramollit ultérieurement, il ne rencontrera plus dans son voisinage une cavité articulaire où il pourra s'épancher et l'on pourra obtenir la guérison par un simple grattage ou la destruction au thermocautère. L'arthrectomie de Volkmann paraît rationnelle à M. Heydenreich « à condition que les lésions des extrémités osseuses n'occupent pas une étendue trop grande ». Il craint que la solidité de la jointure ankylosée (genou) après l'arthrectomie, ne soit pas aussi grande qu'après une soudure osseuse et qu'il ne se développe à la longue une mobilité susceptible de nuire notablement à la solidité.

M. J. Boeckel dans un mémoire de grande valeur clinique sur la résection du genou (Paris, 1889) étudie avec soin les indications de l'arthrectomie et de la résection pour le traitement des tumeurs blanches. Il pose nettement ce principe : quand malgré l'usage prolongé des appareils, les lésions progressent, les douleurs augmentent d'intensité, l'état général décline, il faut intervenir. « On réussit quelquefois à améliorer la situation du malade, à enrayer le mal, exceptionnellement à la guérir, en pratiquant à temps la ponction suivie du lavage articulaire, dans les cas où l'articulation renferme de la sérosité, voire même du pus. Dans l'hydarthrose chronique rebelle à tout traitement, la guérison à la suite de cette opération est la règle, lorsqu'on s'entoure des précautions voulues. Dans l'hydarthrose ou la pyarthrose symptomatique d'une ostéo-arthrite confirmée en voie d'évolution ce traitement a quelquefois aussi des chances de réussir quoique plus rarement. Lorsque la ponction n'aboutit pas, on peut au besoin la répéter ; mais pour peu que les dégâts soient d'une certaine étendue, la suppuration ne peut plus être tarie ; il ne faut pas hésiter alors à ouvrir largement l'articulation, à la débarrasser du pus qu'elle renferme, à la désinfecter soigneusement, à faire l'arthrotomie. Cette opération est parfois suivie d'excellents résultats tant opératoires que thérapeutiques et fonctionnels. » Dans trois cas que Boeckel a ainsi opérés, il a non seulement arrêté l'évolution de la tuberculose locale présumée, mais il a enrayé du même coup les symptômes qui menaçaient du côté de la poitrine. « Malheureusement, lorsque le sujet présente une tare organique, on fera de grandes réserves quant à l'avenir et on se rappellera que sous l'influence d'une cause fortuite, bien souvent un traumatisme léger, la maladie peut prendre un nouvel essor et

nécessite alors une opération plus radicale : l'arthrectomie, la résection ou même l'amputation. » « Condamnées à juste titre par la plupart des chirurgiens, avant l'antisepsie, les résections partielles peuvent aujourd'hui être pratiquées avec succès. Elles sont indiquées, lorsque les dégâts sont limités à une zone restreinte des tissus osseux ; c'est dans ces cas surtout que les résultats sont encourageants. Lorsque la synoviale et l'appareil ligamenteux sont affectés en même temps, ou lorsqu'ils sont primitivement atteints, en dépit de toute altération du tissu osseux, on peut les détruire sur place avant de recourir à la résection. Mais il faut recourir à une extirpation minutieuse et pousser la dissection, scapel ou ciseaux en main, dans les moindres replis de l'articulation.

L'opération est longue, laborieuse : *il ne faut pas chercher à briller mais à être complet.* C'est à cette condition qu'on peut espérer une guérison définitive. La synovectomie doit être réservée, chez les adultes, pour les cas où la synoviale est seule intéressée, ce qui est rare ; quand les os sont altérés, choisissez la résection typique de préférence à la résection partielle. » « La désinfection que je fais avec une solution de chlorure de zinc à 5 0/0, puis avec le sublimé (1/1000) est achevée en projetant de la poudre d'iodoforme sur la plaie. » « J'ai pratiqué 12 fois l'opération partielle, six fois la synovectomie, six fois l'ostéo-arthrectomie. Mes cas concernent cinq adultes de 16, 19, 45, 46 et 50 ans ; et sept enfants de 2 ans 1/2 à 10 ans : ils se sont tous terminés par la guérison. » « Il est des cas où l'ostéo-arthrectomie constitue, avant l'amputation, la seule planche de salut ; en effet, il existe des cas où les lésions, tout en étant limitées à un seul condyle, s'étendent sur une hauteur d'os telle, que la résection est impraticable. L'ostéo-arthrectomie, pratiquée alors est une ressource suprême que l'on peut toujours tenter avant d'en venir à l'ablation du membre. Avec un pansement rigoureusement antiseptique, on ne court aucun risque, pour peu que l'on surveille attentivement son malade, il sera toujours temps d'agir plus radicalement dans la suite, si le cas l'exige. Cette opération est éminemment conservatrice et peut être substituée à l'amputation de la cuisse, dont les indications dans ce domaine spécial tendent à devenir de jour en jour plus rares.

Il ne faut faire la résection que si l'arthrectomie est jugée manifestement impossible. » A propos du manuel opératoire, M. Boeckel en-

gage à prendre les précautions suivantes : antisepsie absolue, se laver souvent les mains dans l'eau chaude et le sublimé, arroser fréquemment la plaie au sublimé, ne pas se servir d'éponges, mais de tampons d'ouate entourés de gaze au sublimé à 1/1000 ; avant de fermer la plaie, l'éponger avec la gaze iodoformée chiffonnée, puis projeter l'iodoforme en quantité modérée. Comme drains, il se sert de crayons iodoformés.

Des opérations pour tumeurs blanches chez les enfants. — Au congrès international de Copenhague, le professeur Ollier, avait posé nettement en principe que chez les enfants on ne devait faire que des opérations partielles. M. le professeur Lannelongue, dans ses beaux travaux sur la tuberculose des os et des articulations insiste beaucoup sur ce point et publie de nombreuses observations qui confirment la justesse de sa règle de conduite. « La plupart des lésions suppuratives des os et des articulations, dit M. Ollier, dans son traité des résections (p. 404, 1885), guérissent chez l'enfant par les moyens les plus simples : l'arthrotomie, l'abrasion, l'évidement des extrémités osseuses, aidés des moyens hygiéniques et en particulier du séjour à la campagne, dans un climat sec et chaud. A cet âge, ces opérations peuvent même guérir la maladie articulaire sans ankylose. Il faut être sobre de résections à cet âge, ne pas se presser et, avant de retrancher une portion osseuse, calculer les chances de réparation et bien savoir ce que deviendra le membre. Il y a cependant des résections qui réussissent particulièrement à cet âge ; la résection coxo-fémorale, par exemple, donne les meilleurs résultats de quatre à dix ans ; mais pour les résections du genou, de l'épaule, il vaut mieux épuiser toutes les autres ressources de la chirurgie conservatrice avant de se décider pour la résection. » « On insistera donc sur les opérations économiques dans le jeune âge, pour les articulations où l'on veut obtenir l'ankylose et au membre inférieur en particulier. La fréquence de la guérison spontanée des ostéo-arthrites suppurées de l'enfance nous fait comprendre pourquoi toute opération qui a pour but de hâter l'élimination des produits tuberculeux a de grandes chances de succès. » « Les arrêts d'accroissement seront d'autant plus grands que la résection aura été faite sur un sujet plus jeune. Ils seront si fâcheux pour certaines articulations (genou, poignet, épaule) qu'ils constitueront le meilleur argument en faveur des opérations

plus économiques, arthrotomie, abrasion ou évidement des parties altérées, à la condition toutefois que ces opérations pourront tarir prochainement la suppuration et rendre au membre son activité fonctionnelle. Sans cela, la conservation du cartilage conjugal ne préviendrait pas l'arrêt d'accroissement de la totalité du membre qu'occasionneraient les troubles trophiques entretenus par la persistance de la lésion articulaire » (p. 606).

M. Ollier revient sur ce sujet dans des travaux plus récents : « Chez les enfants, l'arthrectomie avec raclage des fongosités tuberculeuses doit être préférée à la résection. » « A cet âge, il faut être très économe, car les séquestres une fois enlevés, les lésions osseuses guérissent souvent par le simple traitement général. » Dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences, en 1889, M. Ollier recommande, quand on fait des résections chez les enfants, de conserver autant que possible un des deux cartilages de conjugaison, car alors il peut se produire « une hyperplasie compensatrice dans le cartilage de conjugaison restant après la résection ultra-épiphysaire d'une extrémité de l'os ; cette hyperplasie peut s'opérer sans foyer inflammatoire par le fait seul de l'irritation indirecte produite par le traumatisme opératoire quand le membre peut recouvrer une activité fonctionnelle ».

Kœnig, de Rossi, Ceccherelli, von Bartha, Hoffa, Reclus, engagent à ne pratiquer chez les enfants que des opérations partielles, l'arthrectomie.

Muller pense que l'arthrectomie doit être considérée comme l'opération indiquée dans la tuberculose articulaire des enfants. Sur 23 cas personnels (enfants au-dessous de 14 ans) : 5 morts, 1 par intoxication iodoformée, 1 par chloroforme, 2 par tuberculose généralisée après guérison locale, 1 par péritonite tuberculeuse ; 19 vivent avec des résultats satisfaisants ; 15 sont guéris sans fistules ; 1 fistule, le malade ayant quitté l'hôpital avant complète guérison. Et il ajoute que plus la guérison est rapide et plus les résultats fonctionnels sont meilleurs ; il n'a pas observé de raccourcissements (genou) dans les cas opérés.

Gerster dit que chez l'enfant où l'affection articulaire est surtout locale, circonscrite à certaines parties de l'articulation, il faut enlever seulement les parties actuellement malades. « L'observation de cette règle est très désirable à cause de l'arrêt de développement qui se produit invariablement à chaque fois que le cartilage épiphysaire est

sacrifié dans la résection totale de certaines articulations, celle du genou par exemple. Les résections partielles ou atypiques chez les enfants donnent d'excellents résultats si on observe rigoureusement l'antisepsie ; elles sont universellement recommandées et pratiquées. La capsule cependant doit toujours être complètement enlevée ; on est actuellement d'accord que l'observation scrupuleuse des règles de l'asepsie et de l'antisepsie est une condition essentielle pour pratiquer en toute sécurité l'exsection d'une articulation. La suppuration sera évitée : il n'y aura pas de succès si elle a lieu. »

Par l'arthrotomie ignée avec chauffage articulaire, la tumeur blanche du genou chez les enfants guérit aussi vite que par la résection, d'après M. Vincent. Elle guérit sans raccourcissement, sans arrêt d'accroissement très souvent, avec allongement notable parfois, sans atrophie sensible des masses musculaires et le plus ordinairement sans ankylose.

Boeckel n'admet la résection chez les enfants qu'à condition qu'elle sera réellement intra-épiphysaire, qu'on n'enlèvera que le strict nécessaire, « un simple avivement des cartilages avec un bon couteau peut suffire dans bien des cas ».

D'après les travaux que nous venons d'analyser ou de citer, nous voyons que la tendance actuelle de la chirurgie articulaire pour les tuberculoses est de se borner à des opérations économiques et conservatrices : que dans toutes ces interventions on cherche à combattre la virulence du bacille par des antiseptiques puissants. Certaines observations inédites que nous rapportons et dans lesquelles cette méthode a été mise en pratique, nous paraissent confirmer son utilité et son importance.

En présence d'une tumeur blanche, on ne doit pas se hâter de faire la résection ; il faut essayer, quand les conditions sociales du malade et l'état des lésions le permettent, le traitement éminemment conservateur : immobilisation prolongée, révulsifs, emplâtre mercuriel, réfrigération. L'on obtiendra de beaux résultats en agissant sur l'état général (alimentation réparatrice, vie au grand air, aux bords de la mer, etc.). M. le professeur Lannelongue insiste beaucoup dans son ouvrage « Coxo-tuberculose » (Paris, 1888) sur l'importance capitale du traitement général pour toutes les tumeurs blanches et la coxalgie en particulier. Les succès qu'il a obtenus sont très encourageants et on ne peut que suivre exactement les conseils qu'il donne.

Mais si, malgré les efforts que l'on fait pour éviter une opération ou si le malade ne peut être soumis et pendant longtemps, au traitement conservateur, il ne faut pas trop attendre pour intervenir activement.

Les injections antiseptiques interstitielles peuvent fournir de bons résultats et doivent être tentées.

Nous rapportons des observations où cette méthode a été couronnée de succès, en la combinant avec l'immobilisation et le traitement général.

Enfin, s'il n'est pas possible de retarder l'intervention, il faut pratiquer l'arthrotomie. Actuellement, avec de l'antisepsie vraie, on ne doit pas craindre cette ouverture articulaire.

Pendant l'opération, l'asepsie la plus absolue sera observée par l'opérateur, et, souvent, très souvent même, on irriguera la plaie avec des antiseptiques puissants, surtout quand un foyer tuberculeux sera excisé ou gratté.

L'incision ou les incisions seront faites de telle façon que l'on puisse, suivant l'importance des lésions, transformer l'arthrotomie simple en arthrectomie ou en résection. La première incision sera grande; on examinera alors les tissus péri-articulaires et les os ; s'il existe des foyers tuberculeux ils seront excisés ou grattés. L'articulation sera ensuite ouverte et l'examen des os, des cartilages et de la synoviale sera fait avec le plus grand soin. De l'étendue et de la gravité des lésions dépend la conduite à suivre. L'arthrotomie simple avec désinfection est parfois suffisante ; nous publions plusieurs observations, dont une inédite que m'a fort obligeamment communiquée M. Berger et où cette opération a donné de beaux succès.

Si les lésions sont plus étendues, l'arthrectomie synoviale ou osseuse est indiquée ; les fongosités seront soigneusement excisées ou grattées, les foyers caséeux enlevés avec la curette ou la gouge ; on n'hésitera pas à réséquer des lambeaux de la synoviale, les cartilages intra-articulaires, à évider les os. Ces opérations bien conduites, donnent très souvent d'excellents résultats, ainsi que nous en rapportons plusieurs observations, dont quelques-unes inédites. Chez les enfants, ces interventions suffisent le plus souvent.

Enfin, si vraiment il n'est pas possible d'agir autrement, on fera la résection avec arthrectomie et dans ce cas on sera très conservateur.

Les soins consécutifs à l'opération sont de la plus grande importance : il faut exciser ou curetter avec soin tous les tissus malades, puis procéder à la désinfection de la plaie avec des antiseptiques puissants, mais peu toxiques. Le naphtol camphré, qui a été souvent employé dans ces cas, nous paraît remplir ces deux conditions ; puis drainage, sutures et pansement. M. Périer, convaincu de l'importance des antiseptiques dans ces opérations et afin de maintenir ces substances en contact avec la plaie, fait le drainage avec des mèches de gaze stérilisée imbibée de naphtol camphré ; ce procédé lui a toujours donné de bons résultats. Nous l'avons employé souvent et restons persuadé qu'il peut rendre de grands services.

Nous avions voulu tout d'abord étudier les résultats fournis par l'arthrotomie, l'arthrectomie et la résection, avec l'aide des antiseptiques, pour le traitement des tumeurs blanches des diverses articulations, et en particulier pour celle du genou, mais nous pensons que cela nous aurait entraîné trop loin. Nous nous proposons d'ailleurs de traiter ce sujet dans un prochain travail.

CHAPITRE VII

Emploi des antiseptiques dans le traitement des synovites tendineuses tuberculeuses.

La tuberculose des synoviales tendineuses a donné lieu, dans ces dernières années, à de nombreux travaux et le traitement de ces affections s'est modifié, d'après les nouvelles connaissances acquises. Si la synovite fongueuse est depuis longtemps reconnue comme tuberculeuse, la synovite à grains riziformes n'est considérée comme telle que depuis le mémoire de MM. Nicaise, Poulet et Vaillard, dont les conclusions ont été confirmées depuis lors par les travaux de MM. Terrier et Verchère, Jalaguier, Terrillon, Reynier, Schwartz, etc. Actuellement la nature tuberculeuse de la synovite à grains riziformes est absolument démontrée par la bactériologie et surtout le résultat des inoculations.

Nous avons observé un cas, dont nous rapportons l'observation, qui montre bien la transformation de la synovite à grains riziformes en synovite fongueuse. Il s'agissait d'une synovite chronique des fléchisseurs de l'index et des extenseurs de la main ; dans les deux gaines, il y avait à la fois des fongosités et des grains riziformes.

La synovite à grains riziformes et la synovite fongueuse étant manifestement tuberculeuses, les plus minutieuses précautions de la chirurgie rigoureusement antiseptique devront être observées dans les interventions dirigées contre elles. Nous ne pouvons admettre, comme on l'a dit, que la suppuration soit nécessaire pour la guérison de ces synovites.

Le traitement de ces affections peut être absolument conservateur ; nous avons vu à propos de l'emplâtre mercuriel, que des succès pouvaient être obtenus par l'emploi de ce topique. L'immobilisation et les révulsifs locaux ne peuvent suffire le plus souvent, surtout s'ils ne

sont pas aidés par un traitement hygiénique et médical bien compris.

Les opérations, à l'aide des antiseptiques, dirigées contre les synovites tuberculeuses, se réduisent à trois variétés :

1° Les injections médicamenteuses interstitielles ; 2° l'incision et le lavage ; 3° l'incision avec excision plus ou moins large et désinfection du foyer.

Les injections médicamenteuses interstitielles, dont nous nous sommes déjà occupé à propos de la tuberculose des os et des articulations, ont été employées depuis longtemps. On se servait autrefois de liquides caustiques, aujourd'hui on a recours aux antiseptiques.

La liqueur de Villatte, l'alcool, le sulfate de zinc, etc., ont été utilisés. Les injections avec la teinture d'iode ont eu pendant longtemps de nombreux partisans. Boyer et Velpeau s'en servaient.

Velpeau, en 1836, obtint plusieurs cas de guérison de synovites à grains riziformes traitées par les injections iodées (1 gr. de teinture d'iode pour 2 gr. d'eau). Les douleurs étaient très vives après ces injections.

Chassaignac publie, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1845, une observation de kyste à grains riziformes du poignet, avec guérison ; il avait employé les injections iodées et appliqué sur la paume de la main l'emplâtre de Vigo cum mercurio.

Jobert (1850) cite deux cas traités de même et guéris.

Michon, dans sa thèse d'agrégation (1851), pense que les observations sont favorables à l'injection iodée répétée tous les deux ou trois jours.

Boinet (1865) obtint plusieurs succès avec les injections iodées.

Legouest (Th. d'agrég., 1867), n'en est pas partisan : « Par ce traitement, peu de malades, quelques-uns seulement ont pu se dire radicalement guéris, beaucoup ont éprouvé un soulagement marqué sans diminution notable du volume de la tumeur, chez quelques autres, la maladie a récidivé, plusieurs ont été atteints d'accidents graves. »

Pitha (Selmenscheiden aut der hand, p. 217, 1868) dit, à propos du traitement des synovites fongueuses : « L'injection à la teinture d'iode avec drainage est le traitement le plus efficace et le moins dangereux. Je ne l'ai pas expérimenté, mais il a donné d'excellents résultats entre les mains des chirurgiens français. »

En 1874, Faucon fait à la Société de chirurgie une communication sur le traitement des kystes à grains riziformes par les injections iodées et reproche surtout à ces injections de déterminer généralement des adhérences tendineuses gênant les mouvements des doigts. Boinet lui répond qu'il a traité par l'injection iodée après ponction un kyste à grains riziformes et que les tendons extenseurs sont absolument libres d'adhérences.

Follin, dans son Traité de pathologie externe, dit qu'avec l'injection iodée, on obtient souvent au bout de quelques mois le rétablissement complet des mouvements de la partie qui avait été le siège du kyste. »

M. Schwartz, dans son intéressant article du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (1883) rappelle que Demarquay avait obtenu de beaux cas de guérison de synovites à grains riziformes par les injections interstitielles de teinture d'iode (4 à 5 gouttes tous les 2 ou 3 jours) et le pansement ouaté. Pour le traitement des synovites fongueuses, on peut obtenir la guérison au début, par l'immobilisation et les injections de teinture d'iode, répétées tous les deux ou trois jours, 4 à 5 gouttes réparties sur plusieurs points.

Les injections d'éther iodoformé ont été récemment utilisées dans le traitement des synovites tendineuses tuberculeuses.

Mosetig Moorhof avait, en 1882, à l'hospice Rudolph Stiftung, de Vienne, fait avec succès une injection d'éther iodoformé pour un cas de tendo-vaginalite chronique rebelle à tous les autres traitements.

Dans une clinique sur les synovites fongueuses des gaines des tendons, M. Reclus (1884) dit que M. le professeur Verneuil a pratiqué des injections d'éther iodoformé pour une synovite fongueuse. Avec le seringue de Pravaz, on fait pénétrer quelques gouttes de cette substance au sein même des fongosités; neuf piqûres sont faites à 4 ou 5 jours d'intervalle les unes des autres. Les résultats n'ont été que fort peu satisfaisants. « Les douleurs assez vives et l'inflammation consécutive à leur emploi ont dû faire renoncer à ces injections. » Dans son Traité de pathologie externe, M. Reclus dit que ce procédé lui a été plus favorable et dans un cas de récidive, les injections iodoformées et la compression ont amené une guérison assez rapide. Dans une note remise à M. Reclus, M. Besnier s'exprime ainsi : « Je traite les synovites fongueuses des gaines des tendons,

synovites qui sont bien pour moi de nature tuberculeuse, par la destruction avec le nitrate d'argent ou les flèches de chlorure de zinc ». Il préfère les caustiques à l'opération sanglante qui, d'après lui, expose beaucoup plus les malades aux infections secondaires.

Jœger et Boeckel (*Gaz. méd. de Strasbourg*, p. 1, 1887) ont employé les solutions éthérées d'iodoforme. Ils se servent d'une solution éthérée d'iodoforme à 4 0/0, contenant 4 à 5 grammes d'iodoforme. Un kyste synovial de la région externe de l'articulation tibio-tarsienne a été guéri par deux injections ; un kyste synovial du poignet après une injection ; une tendo-vaginite chronique de la gaine des extenseurs du pouce, guérie partiellement, avec persistance d'un épaississement de la gaine, mais sans frottements.

Lejars (Traité de chirurgie, t. I, 1890) pense que les injections interstitielles dès longtemps préconisées, provoquent dans quelques cas une inflammatiou franche, la résorption des produits tuberculeux et une sclérose consécutive. On a utilisé la teinture d'iode, le sulfate de zinc au 10e, la solution phéniquée au 40e, la liqueur de Fowler, l'éther ou la glycérine iodoformés, l'eucalyptol.

M. Périer dans un cas que nous rapportons, a employé le naphtol camphré en injections interstitielles, pour une synovite fongueuse du cou-de-pied, la guérison a été parfaite. Ces injections ne sont pas douloureuses et ne déterminent aucun phénomène inflammatoire.

Nous-même, dans le service de M. Labbé, avons fait usage des injections insterstitielles de naphtol camphré, pour une synovite tuberculeuse ulcérée des deux gaines du poignet et de la main. Une amélioration très notable s'est rapidement affirmée, les douleurs, le gonflement et la suppuration avaient rapidement diminué. Quittant le service, nous regrettons vivement de n'avoir pu terminer ce traitement, car nous sommes persuadé que la guérison complète aurait eu lieu.

En 1872, Lucke traite des kystes à grains riziformes par l'incision, l'évacuation des grains, le lavage antiseptique et le pansement de Lister, il rapporte trois observations avec trois guérisons.

Volkmann, dans le traitement des kystes à grains riziformes, emploie la méthode et les lavages antiseptiques. Il n'hésite pas à inciser largement la tumeur, à évacuer les grains en imprimant à un drain, introduit dans la gaine, des mouvements de va-et-vient. Puis lavages phéniqués et pansement de Lister.

Ranke fait la même opération et se sert du thymol.

Godemel rapporte dans sa thèse (1878) deux observations de kystes à grains riziformes, opérés par le professeur Verneuil. Incision de la gaine, évacuation des grains, sous vapeurs thymolées ; pansement à la gaze thymolée ; deux guérisons.

M. Nicaise, publie dans la *Gazette des hôpitaux* (1881) une observation de synovite à grains riziformes des gaines tendineuses palmaires, chez un homme de 57 ans. Il fit l'incision, l'excision des grains pédiculés, le lavage à la solution phéniquée au 20e. Guérison.

M. Reclus, fait des lavages à l'eau tiède, puis injecte de la teinture d'iode, ou bien de l'eau phéniquée forte.

Challand recommande les injections au thymol.

Daban (thèse de doct., Paris, 1889), cite des observations où on a employé avec succès l'eau phéniquée à 1/20 et le chlorure de zinc à 1/10.

Veiss pense que si l'on veut éviter les récidives, il faut obtenir une modification des parois de la synoviale avec des antiseptiques, par exemple, le chlorure de zinc à 1/10. Boeckel, Tillaux emploient aussi cette solution avec succès.

Dans ces dernières années, des observations avec guérisons au moyen de l'acide phénique, du sublimé et du chlorure de zinc, ont été publiées par MM. Nicaise, Reynier, Jalaguier, Terrillon, Schwartz.

Nous rapportons quelques cas guéris après incision et lavages au chloral à 1/100, au sublimé, à l'acide phénique.

Nous n'avons jamais eu l'occasion d'employer le naphtol camphré dans ces conditions, mais nous ne doutons pas qu'il ne donne des résultats favorables.

Quand les synovites tuberculeuses sont remplies de fongosités, l'incision avec lavage ne suffit pas, il faut les gratter ou les inciser.

M. Schwartz recommande le curage et l'incision, puis les lavages de la gaine à l'eau phéniquée à 1/20.

MM. Polaillon, Mollière, Bouilly, Augagneur, ont obtenu des guérisons par cette méthode. Actuellement, M. Schwartz se sert du chlorure de zinc à 1/10.

L'extirpation complète a été faite depuis longtemps déjà par Lenoir; elle compte un certain nombre de succès. M. Trélat y a eu

recours depuis : il pratiqua la dissection lente et minutieuse du tendon et son malade guérit.

Malheureusement cette extirpation complète n'est pas toujours possible, souvent les fongosités ont perforé la paroi de la gaine et ont envahi les tissus voisins ; il faut alors procéder à un grattage soigné, dans un bain antiseptique, et, l'opération terminée, faire un abondant lavage et une large imbibition de la plaie, afin d'éviter la récidive et l'auto-inoculation.

« Quand la lésion est localisée, dit Berger (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* XX, f. 34, 1885), et que le tendon est intact, l'ablation complète de la tumeur tuberculeuse donne peu de chances à la récidive. Il n'en est plus de même quand la peau est perforée, quand une gaine tendidineuse est envahie. Dans ces cas, l'intervention chirurgicale expose à autant de déboires que dans n'importe quelle autre tuberculose. »

Nous rapportons plusieurs observations où l'incision, l'excision plus ou moins complète de la synoviale malade ou le grattage des fongosités, avec l'emploi du naphtol camphré, ont amené la guérison complète, même dans des cas très graves.

En présence d'une synovite tendineuse à grains riziformes, nous pensons que l'on doit faire l'incision antiseptique, l'évacuation des grains avec la curette et la désinfection de la poche, avec le naphtol camphré, par exemple.

S'il s'agit d'une synovite fongueuse, les injections interstitielles doivent être essayées, elles ont donné des succès avec le naphtol camphré. Si la lésion est trop avancée ou si les injections ne suffisent pas, on devra inciser largement la gaine synoviale, pratiquer si possible l'extirpation complète de la synoviale, ou faire un grattage soigneux, la plaie baignée dans un antiseptique puissant comme le naphtol camphré. Nous avons recueilli quelques observations où cette dernière méthode a été employée fort heureusement.

Nous désirons attirer l'attention sur un point de la pathologie des synovites tendineuses tuberculeuses. Dans les opérations dirigées contre elles, il faudra avec grande attention s'assurer que les os et les articulations voisines ne sont pas envahies.

Berger (*Deutsch Zeitsch. f. Chir.*, p. 382, 1886), montre quelle est la marche rapide et destructive de la tuberculose des gaines tendi-

neuses et combien souvent le succès est dû à l'ablation précoce et complète des tissus atteints.

Poncet dans une communication à la Société de médecine de Lyon (1888), fait remarquer qu'en clinique, les synovites tuberculeuses primitives, sans être rares, sont cependant le plus souvent consécutives à une lésion osseuse, alors qu'à l'examen du malade, aucun signe ne peut cependant faire supposer une altération du squelette.

Ardle (1889) dit que la tuberculose des gaines synoviales envahit rapidement le tissu connectif, les ligaments, les synoviales articulaires et les os.

M. Tillaux, dans sa chirurgie clinique, engage à toujours craindre l'extension des fongosités aux os et aux articulations.

Dans un cas que nous rapportons, la tuberculose avait nettement débuté par la synoviale tendineuse de la région interne du cou-de-pied. Dans le cours de l'opération, que M. L. Labbé avait bien voulu nous confier, nous avons trouvé un foyer caséeux dans la malléole interne au point correspondant à la gouttière du tendon, et l'articulation tibio-tarsienne était envahie par les fongosités.

TROISIÈME PARTIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES

A plusieurs reprises, nous avons insisté sur l'utilité de l'antisepsie bien entendue dans toutes les opérations pratiquées pour les tuberculoses locales et en particulier pour la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses. Cette antisepsie est de rigueur; si l'on ne la fait pas complètement, le succès définitif est très aléatoire; il y a lieu de craindre la récidive et la généralisation. Opérant dans un foyer infectieux, ce n'est que par des antiseptiques énergiques que l'on peut modifier la plaie et transformer le milieu tuberculeux en milieu sain.

Si dans toutes ces interventions il faut enlever aussi soigneusement que possible tout ce qui est malade, et, comme le dit fort bien M. Boeckel, « chercher à faire bien et non à être brillant, n'épargner ni son temps, ni sa peine », il est indispensable de désinfecter immédiatement la plaie.

Ces précautions ne sont pas encore suffisantes ; il ne faut pas avant l'opération inoculer les tissus voisins du foyer tuberculeux. Nous pensons que le refoulement du sang avec la bande élastique d'Esmarch amène ce résultat.

Wolkmann, sans parler de cette auto-inoculation, repousse la bande d'Esmarch et trouve deux inconvénients à son emploi : avec l'anémie artificielle il est plus difficile de reconnaître les parties malades d'avec les parties saines ; quand on enlève la bande d'Esmarch l'hémorrhagie en nappe est considérable. Zoege Manteufel lui fait les mêmes reproches. Barker (*British medical*, 1889), n'emploie

pas la bande d'Esmarch. Se basant sur des expériences bactériologiques qui ont démontré que le refoulement élastique produit l'inoculation des veines et des lympatiques entourant le foyer tuberculeux, il en proscrit l'usage. « La pression élastique peut comprimer quelques-uns des foyers caséeux et disperser leur contenu soit dans les tissus environnants et produire une affection locale, soit dans les lymphatiques ou les veines et causer une infection de toute l'économie. »

M. Périer nous a dit (communication orale, janvier 1890) qu'il n'employait plus le refoulement du sang par la bande élastique d'Esmarch depuis plusieurs années, aussi bien dans les opérations pour tuberculose que pour les affections cancéreuses et carcinomateuses et qu'il avait très nettement remarqué que la récidive survenait bien plus sûrement et plus rapidement quand on usait du refoulement élastique que lorsqu'on se contentait de la ligature avec la bande de Nicaise ou d'Houzé de l'Aulnoit (celle-ci plus facile à maintenir aseptique), appliquée au-dessus de la lésion, après élévation du membre.

Nous admettons complètement ce que pense notre maître, M. Périer, et qui est confirmé par les expériences de Barker. Dans toutes les opérations que M. Labbé a eu la bonté de me confier l'année dernière, nous avons appliqué la bande élastique d'Houzé de l'Aulnoit au dessus de la lésion, après l'élévation du membre pendant cinq minutes et cela a toujours suffi.

Pour les mêmes raisons que nous venons d'énoncer, nous ne pensons pas que l'on doive, dans les synovites tuberculeuses articulaires ou des gaines des tendons, pratiquer la fongothripsie préconisée par M. Daniel Mollière. Les pressions énergiques que l'on est obligé de produire pour faire sourdre par l'incision ou la fistule, les fongosités, doivent nécessairement déchirer les foyers infectieux et inoculer les tissus voisins.

Le succès définitif des opérations pratiquées pour tuberculoses locales ne peut être assuré que si l'on agit en même temps sur l'état général. Le traitement médical et hygiénique est de la première importance. Les conseils que M. le professeur Lannelongue donne dans ses ouvrages sur la tuberculose, doivent être suivis. La lecture des observations que ce maître rapporte peut convertir les plus incrédules.

L'antisepsie interne doit être tentée, « l'intervention une fois déci-

dée, dit M. Reclus (*Traité de chirurgie*, t. I, 1890), le chirurgien doit préparer le malade par le traitement pré-opératoire, sur lequel insiste M. Verneuil. Il prescrit l'iodoforme à l'intérieur, à la dose de 5 à 15 centigrammes par jour.

L'acide salicylique, le sulfate de quinine et surtout la créosote, dont l'action antituberculeuse a été si bien démontrée par M. le professeur Bouchard, doivent être prescrits.

Le naphtol camphré employé en injections ou dans les pansements nous paraît répondre à ce desideratum. Absorbé au niveau de la plaie, il circule à l'état de naphtol et est éliminé par les urines sous cette forme ; il agit donc comme antiseptique à la fois local et général.

CONCLUSIONS

Les tuberculoses locales sont des foyers d'infection bacillaire ; dans les opérations dirigées contre elles, l'antisepsie est de rigueur, l'asepsie ne suffit pas.

Pour le traitement des tuberculoses locales et, en particulier, de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses, lorsque les injections antiseptiques interstitielles ou intra-cavitaires n'ont pas donné de résultats ou ne paraissent pas devoir en donner, on ne doit pas se contenter d'enlever par l'excision, le grattage, le curage, l'évidement et la résection, les parties malades ; la désinfection du foyer à l'aide des antiseptiques s'impose, afin de prévenir la récidive, l'auto-inoculation et la généralisation.

Dans ce but, l'emploi des antiseptiques les plus puissants est indiqué ; on fera le choix de celui qui, à valeur égale, est le moins toxique, car il ne faut pas avoir à craindre d'en user largement.

Les solutions concentrées de naphtol β, le naphtol camphré, nous paraissent remplir ces deux conditions.

Le naphtol camphré a une grande valeur antiseptique ;

Son action est certaine sur les lésions locales et probable sur l'état général, puisqu'il est absorbé au niveau de la plaie et qu'il se retrouve sous forme de naphtol dans les urines ;

Il n'a jamais déterminé d'intoxication, même lorsqu'on en a employé 50 et 100 grammes ;

Les accidents locaux qu'il produit sur la peau (démangeaisons, érythème, vésication) sont très passagers et peuvent être évités ;

Son emploi en injections et dans les pansements n'est pas douloureux.

Quand les conditions sociales du malade ou l'état des lésions tuberculeuses ne permettent pas de fonder des espérances sur le traitement conservateur (immobilisation, révulsifs, emplâtre mercuriel, réfrigération, traitement général), on devra recourir à une opération. Cette intervention sera aussi économique et aussi conservatrice que possible, en particulier chez les enfants.

Quand on opère sur les membres, pour les lésions cancéreuses ou carcinomateuses, il est de règle, quand on fait l'hémostase préventive, de ne pas employer le refoulement avec la bande élastique d'Esmarch et de se contenter de l'élévation du membre, afin d'éviter l'auto-inoculation. *Cette règle est de rigueur quand il s'agit de lésions tuberculeuses.*

Le traitement général et l'antisepsie interne aident beaucoup au succès définitif de ces opérations. Nous venons de dire que le naphtol camphré répond à ce double but et agit comme antiseptique local et général.

OBSERVATIONS

Nous divisons nos observations en trois groupes :

I. — Antiseptiques divers.
II. — Solution alcoolique de naphtol β.
III. — Naphtol camphré.

Dans chaque groupe les observations sont réunies par antiseptiques employés et classées dans l'ordre suivant:

A. — Abcès par congestion (nous ne rapportons que des observations inédites).
B. — Tuberculose osseuse.
C. — Arthrites tuberculeuses.
D. — Synovites tendineuses tuberculeuses.

Nous ne donnons qu'un résumé de la plupart des observations.

I

Antiseptiques divers.

A. — ABCÈS PAR CONGESTION

Obs I (inédite). — Service de M. Périer. Hôpital Lariboisière.

C..., Jules, cocher, entré le 19 mars 1887. Salle Amb.-Paré, 19.
Abcès tuberculeux au-devant du pubis. Incision le 13 mars. Grattage, évidement du pubis, *chlorure de zinc*. 28 mars. Exeat. Guérison.

Obs. II (inédite). — Service de M. le Dr Périer. Hôpital Lariboisière.

D..., Zélie, 31 ans, entre le 12 septembre 1887. Salle Gosselin, 31.
Abcès tuberculeux de la fosse iliaque droite. Ostéite de la crête iliaque. Incision au thermocautère. Lavage de la poche à la solution de *chloral* à 1/100.
Exeat, 8 octobre. Guérison.

Obs. III (personnelle). — *Abcès par congestion de la région sacro-iliaque. — Incision, irrigation au biiodure de mercure. — Pansement iodoformé.*

R..., Marie, 25 ans, blanchisseuse, entre le 27 mai 1887, à l'hôpital St-Antoine, salle Lisfranc, 21. Service de M. le Dr Monod.

Abcès ossifluent de la région sacro-iliaque gauche communiquant avec un abcès de la fosse iliaque interne.

2 juin. Incision sur la région sacro-iliaque gauche; parallèlement à la partie postérieure de la crête iliaque; pus abondant, la poche de la fosse iliaque interne se vide facilement par la compression; la communication des deux poches a lieu par la partie supérieure de l'échancrure sciatique. Agrandissement de cet orifice de communication avec la gouge; on arrive ainsi facilement dans le bassin.

Irrigation au biiodure de mercure. Mèche de gaze iodoformée. Pansement à l'iodoforme.

17 juillet. La malade quitte l'hôpital; il ne reste plus qu'une petite surface bourgeonnante donnant peu de pus. L'abcès de la fosse iliaque interne ne s'est pas reproduit.

Obs. IV (inédite). — Service de M. Périer. Hôp. Lariboisière.

C..., Eugène, 20 ans, garçon boucher. Entré le 28 juin 1887. Salle Ambroise-Paré, 21.

Abcès par congestion de la région lombaire. Injection d'éther iodoformé. Pas de résultats. Le 18 août : incision, ablation de la poche, grattage. Lavage au *sublimé* à 1 p. 1000. Drain. Pansement au salol. Guérison.

Obs. V (personnelle, inédite). — *Abcès par congestion de la fosse iliaque. — Incision. — 2 injections d'éther salolé. — Guérison.*

Ch..., Louis, 18 ans, employé. Entré le 19 mai 1888, à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise-Paré, service de M. le Dr Périer.

22 mai. Ponction : pus abondant, verdâtre, injection éther salolé.

13 juin. Sortie; il reste une induration au niveau de l'abcès.

Nouvelle entrée à l'hôpital, le 4 octobre 1888. L'abcès froid de la région inguinale gauche s'est reproduit.

7 octobre Incision, évacuation de la poche, pus grumeleux. Injection d'éther salolé. 2 sutures, drain. Pansement au salol maintenu par du collodion.

Le 17. Pansement. Suppression du drain. Pas de suppuration.

16 novembre. Exeat. Guérison. Bon état général.

B. — TUBERCULOSE OSSEUSE

Obs. VI. — *Ostéite du calcanéum. — Excision. — Thymol,* 1 0/0. — *Guérison incomplète avec fistules.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

H. K., 29 ans, entrée le 18 mai 1878, depuis 9 mois, douleurs dans le talon. En décembre 1877, formation d'une enflure sous la malléole interne, qui devient toujours plus douloureuse. Depuis le nouvel an 1878; repos au lit. En janvier 1878, incision d'un abcès sous la malléole interne. Autrefois bien portante. Diagnostic. Ostéite du calcanéum.

18 mai 1878. Excision du calcanéum. Drainage, suture. Pansement au thymol, 1 0/0.

21 août 1878. Guérison avec fièvre et suppuration. Patiente quitte l'hôpital avec deux fistules et ne peut marcher qu'en s'appuyant sur des béquilles.

Obs. VII. — *Ostéite fongueuse de la première phalange du gros orteil. — Excision. — Tamponnement de la plaie avec de la ouate au sesquichlorure de fer. — Guérison.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

G. G., 11 ans, entrée le 9 mars 1876. En août 1875 écrasement léger du gros orteil. Enflure. 15 jours plus tard, incision. Écoulement de pus. Fistules. Marche possible jusqu'en janvier 1876, puis progression.

Un frère à une coxite.

Diagnostic : ostéite fongueuse de la première phalange du gros orteil.

14 mars 1876. Excision de la première phalange du gros orteil. Pas de suture. Tamponnement de la plaie avec de la ouate au sesquichlorure de fer. Lister.

30 mars 1876. Guérison rapide avec suppuration. Le patient quitte l'hôpital, guéri.

Obs. VIII. — *Ostéite caséeuse de la première phalange du gros orteil, excision. — Tamponnement avec de la ouate au sesquichlorure de fer. — Guérison.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

V. A., 19 ans, entrée le 9 mars 1876. En juillet 1875, sans cause, douleurs passagères dans le gros orteil.

En octobre 1875, mêmes douleurs, plus intenses puis enflure et rougeur. Claudication. Teinture d'iode et repos au lit. En janvier 1876, incision de l'enflure, écoulement de pus. Fistule. Mère morte phtisique.

Diagnostic : Ostéite caséeuse de la première phalange du gros orteil.

14 mars 1876. Excision de la première phalange du gros orteil. Pas

de suture. Tamponnement avec de la ouate au sesquichlorure de fer. Lister.

Le 30. Plaie à peu près guérie. Patient quitte l'hôpital.

Obs. IX. — *Ostéite fongueuse de la tubérosité du cinquième métatarsien. — Résection, irrigation au bismuth* 1 0/00. — *Tampons de gaze phéniquée. — Guérison avec suppuration.* (Collon. *Loc. cit.*)

W. D. 52 ans. Entrée 5 juillet 1885. A 11 ans, pneumonie. Depuis 1874 enflure du bord externe du pied. Progression lente. Marche possible jusqu'en mai 1883. En juin incision de l'enflure. Aucun écoulement de pus. Un fils mort phtisique.

Diagnostic : Ostéite fongueuse de la tubérosité du cinquième métatarsien.

19 juillet 1883. Excision du cinquième métatarsien. Suture secondaire. Irrigation au bismuth 1 0/00. Tampons de gaze phéniquée. Suture secondaire.

25 août 1883. Guérison lente avec suppuration. Patiente quitte l'hôpital à peu près guérie.

Obs. X. — *Ostéites du naviculaire et de la tête de l'astragale. — Résections partielles. — Irrigation au bismuth. — Guérison.* (Collon. *Loc. cit.*)

W. C., 23 ans, entrée 26 juin 1888. En mars 1881, distorsion du pied. 3 semaines plus tard nouvelle distorsion. Douleurs et enflure immédiate. Travail encore possible 15 jours après, progression du mal. Repos. Appareils fixés. Amélioration.

Depuis août 1881, jusqu'en mai 1882, travail de nouveau possible. Depuis progression, glandes au cou.

Autrefois bien portant. Poumons sains. Tonsille saine. Diagnostic. Ostéite du naviculaire et de la tête de l'astragale.

10 juillet 1882. Excision du naviculaire. Résection de la tête de l'astragale. Suture secondaire. Irrigation et pansement au bismuth.

2 août 1882. Guérison de la plaie.

4 septembre 1882. Résection de la base du cinquième métatarsien. Irrigation et pansement au bismuth.

Guérison rapide, pied dans une bonne position.

Obs. XI. — *Ostéite caséeuse des premières phalanges du pouce et du majeur droit. — Résections. — Irrigation au bismuth* 1 0/0. — *Gaze au bismuth. — Guérison bonne.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

F. P., 16 ans, entrée 13 juillet 1883. Patient toujours maladif. En juin 1882, distorsion du pied. Douleurs sur le dos du pied. Ostéite tuber-

culeuse astragale. Résection. Guérison lente avec abcès. Cure à Schinznach. Pendant la cure, enflure des premières phalanges du pouce et du majeur droit. Diagnose. Ostéite caséeuse des premières phalanges du pouce et du majeur droit. Irrigation au bismuth 1 0/0. Gaze au bismuth. Gaze à l'acide phénique. Suture définitive au catgut.

Guérison rapide, bonnes fonctions des doigts.

Obs. XII. — *Olénite fongueuse.— Foyer dans l'olécrâne. — Résection. — Irrigation au bismuth. — Gaze du bismuth. — Guérison bonne.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

G. R., 18 ans, entrée 13 avril 1882. Janvier 1882, fortes douleurs à l'olécrâne avec rougeur de la peau. Mouvements du coude non douloureux. Fin de janvier, enflure au coude, douleurs dans les mouvements. Depuis, progression. Pas de maladie antérieure. Famille saine. Infiltration des deux sommets pulmonaires. Diagnose : olénite fongueuse. Foyer primaire dans l'olécrâne. 15 mai 1882. Résection du coude. Irrigagation au bismuth. Gaze au bismuth. Par-dessus gaze phéniquée. 12 juin 1882. Guérison par première intention. Le patient quitte l'hôpital avec de bonnes fonctions du coude.

Obs. XIII — *Ostéite fongueuse de la phalange du gros orteil. — Résection. — Irrigation au bismuth. — Guérison.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

K. J..., 19 ans, entrée 14 juin 1883.

Diagnose : ostéite fongueuse de la première phalange du gros orteil.

28 juillet 1883. Résection de la première phalange du gros orteil. Irrigation au bismuth. Pansement à l'acide phénique. Suture secondaire.

28 août 1883. Guérison rapide avec suppuration. Patient peut très bien marcher.

Obs. XIV. — *Carie tuberculeuse avec nécrose. — Baume du Pérou* (Vamossy. *Wiener med. Presse*, 1889.)

Joseph..., 15 ans, entré le 1er décembre, 1888, pour une périostite du tiers inférieur du tibia gauche. Ostéomyélite.

2 mars. On retire du 1/3 inférieur du tibia un séquestre long de 5 centimètres. Le trou fait à l'os mesure 6 centimètres de long. Grattage. Cavité bourrée avec la gaze au baume du Pérou.

10 mars. Pansement. Bourgeons exubérants.

13 mars. Suppuration persiste.

23 mars. Suppuration abondante. Gaze iodoformée dans cavité. La suppuration diminue peu à peu.

11 avril. Cavité remplie de bourgeons,

Obs. XV. — *Carie tuberculeuse de 4e métatarsien droit. — Baume du Pérou.* (Vamossy. *Wiener. med. Press.*)

A. W..., 18 ans, entré le 6 février 1889. Abcès du volume d'une noix sur la face dorsale du pied. Incision. Pansement iodoformé. Les parois de l'abcès prennent bientôt un aspect tuberculeux, à côté de cet abcès, formation d'un second, du même volume. Incision. Pus tuberculeux. On arrive sur le 4e métatarsien qui est dénudé.

18 février. Grattage du métatarsien. Cavité est bourrée de gaze au baume du Pérou.

Le 21. Douleur dans tout le pied. Fièvre. On enlève le pansement. Légère suppuration. Pansement tous les jours. La suppuration cesse bientôt. Le suintement diminue, la cavité se remplit de bourgeons exubérants.

Obs. XVI. — *Abcès de la face dorsale du pied d'origine osseuse. — Gaze au baume du Pérou. — Guérison.* (Vamossy. *Wien. med. Press.*, 1889.)

Femme de 60 ans, entrée le 20 février. Depuis quelques jours apparition d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon au-dessus de l'articulation métatarso-phalangienne du pied droit. Incision et cavité bourrée avec la gaze au baume du Pérou. Guérison par bourgeonnement avec peu de suintement. Pansement tous les deux à trois jours. Exeat, guérie, le 20 mars.

Obs. XVII. — *Carie de l'os iliaque. — Baume du Pérou. — Guérison.* (Vamossy. *Wiener med. Presse.*)

Garçon, 13 ans, entré le 4 janvier. Malade depuis 6 ans, cyphose très marquée à la partie inférieure du rachis, en arrière du grand trochanter droit, une cicatrice longue de 7 cent., au-dessous, orifice fistuleux qui conduit sur des os dénudés, abcès du volume d'une noix au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite. Du côté gauche, coxalgie guérie. Incision de l'abcès, évacuation d'un pus tuberculeux. On trouve l'os complètement dénudé.

25 février, au niveau de l'abcès, surface bourgeonnante. Emplâtre au baume du Pérou. La plaie finit par se cicatriser complètement. Les autres parties cariées furent traitées également avec le baume du Pérou.

Obs. XVIII. — *Carie de la hanche gauche. — Baume du Pérou. Guérison.* (Vamossy. *Wiener med. Presse*, 1889.)

Fille de 7 ans, malade depuis plusieurs années, en septembre 1888, résection de la hanche gauche.

12 février. On trouve un trajet fistuleux qui traverse la fesse gauche ; et une cicatrice linéaire longue de 13 cent. à la partie externe de la cuisse

correspondante au col du fémur. Au milieu de la cicatrice, une fistule. Une autre fistule près du grand trochanter, une troisième fistule à la partie interne de la cuisse. Pendant deux mois traitement au baume du Pérou. Les trajets fistuleux finissent par se remplir de bourgeons, l'abcès guérit. 10 avril. La malade peut marcher.

Obs. XIX. — *Périostite tuberculeuse de la 2e vertèbre lombaire. — Abcès par congestion. — Baume du Pérou. — Guérison.* (Vamossy. *Wiener med. Presse*, 1889.)

Garçon de 10 ans, entré le 14 mars; abcès datant de 8 jours, du volume d'un œuf de pigeon, dans la région lombaire et provenant de la 2e vertèbre lombaire. Incision. Pansement à la gaze au baume du Pérou. Guérison par bourgeonnement. Pansement tous les 2 ou 3 jours. Exeat le 3 avril.

Obs. XX. — *Périostite tuberculeuse de la 2e vertèbre lombaire, de la malléole interne. — Baume du Pérou. — Guérison.* (Vamossy. *Wiener med. Presse*, 1889.)

Garçon de 10 ans, entré le 8 janvier 1889. Depuis une semaine, sur la face dorsale du pied droit, abcès du volume d'une noix ; deuxième abcès dans la région lombaire, au niveau de la 2e vertèbre des lombes, troisième abcès, au niveau de la malléole externe du pied droit. En ouvrant les abcès, on leur trouve une origine osseuse. Pansement tous les deux ou trois jours avec la gaze au baume du Pérou. Très peu de suintement. Guérison et exeat le 2 avril.

Obs. XXI. — *Carie tuberculeuse du coude et du métacarpe. — Baume du Pérou. — Amélioration.* (Vamossy. *Wiener med. Presse*, 1880.)

Femme de 75 ans, entrée le 2 mars. Tuberculose pulmonaire, carie du coude gauche. Trajet fistuleux. Même lésion du 5e métacarpien de la main gauche. Abcès au niveau de l'olécrâne gauche. Grattage superficiel. Pansement avec la gaze au baume du Pérou.

Au bout de 14 jours, amélioration.

Obs. XXII. — *Carie costale tuberculeuse. — Baume du Pérou.* (Vamossy. *Wiener med. Presse*, 1889.)

M. M..., 76 ans, entré le 14 janvier. Carie de la 5e côte droite, abcès au niveau de cette côte, sur la paroi postérieure de l'aisselle, fistule conduisant à la côte cariée. Tuberculose pulmonaire. Grattage superficiel. Pansement avec la gaze au baume du Pérou. Même résultat qu'avec l'iodoforme.

Obs. XXIII. — *Carie tuberculeuse du carpe. — Ablation du grand os et du trapézoïde. — Gaze au baume du Pérou. — Guérison.* (Vamossy. *Wiener med. Presse,* 1889.)

M. Ch..., 40 ans, entré le 17 juillet 1888, phlegmon de la main et de l'avant-bras consécutif à un traumatisme de la main gauche. On fit plusieurs incisions. Guérison du phlegmon.

28 décembre. Main gauche un peu fléchie sur l'avant-bras. Peu mobile, très douloureuse dans mouvements forcés.

Au niveau de la face dorsale, deux abcès séparés par un centimètre ; orifice fistuleux à bords décollés, amincis. Les abcès sont remplis de fongosités. La sonde cannelée arrive sur des os dénudés.

2 janvier 1889. Incision large et profonde. Ablation du grand os du trapézoïde. Grattage du trapèze. Plaie bourrée de gaze au baume du Pérou.

Le 10. 1er pansement, pas de pus, bourgeonnement actif, même pansement. Peu de suintement, bourgeons actifs.

20 février. La cavité est comblée. Peau cicatrisée en grande partie. Bains chauds. Mouvements passifs.

12 mars. Le malade quitte le service. Guérison. Quelques mouvements de l'articulation du poignet.

Obs. XXIV. *Ostéite nécrotique de la première phalange du majeur. Acide phénique. — Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

F. E..., 24 ans. Entrée le 23 octobre 1877. — A 23 ans, torsion du majeur de la main gauche. Enflure douloureuse de la première phalange. Au printemps 1877 enflure devient limitée sur le dos de la première phalange. Perforation spontanée. Ecoulement de pus, fistule bientôt fermée, progression lente du mal.

Autrefois bien portant. Poumons sains. Mère morte de carie du pied.

Diagnose : Ostéite nécrotique de la première phalange du majeur.

7 novembre 1877. Résection de la partie centrale de la première phalange. Pansement à l'acide phénique.

5 décembre 1877. Patient quitte l'hôpital, plaie en bonne voie de guérison.

Obs. XXV. — *Abcès par congestion proéminant dans l'aine droite. Mal de Pott des six dernières dorsales. — Curage. — Lavage à l'eau phéniquée forte. — Guérison.* (Dr Houzel. Obs. I. *Congrès français de chirurgie,* 1885, p. 243.)

Ernest B..., dix ans, mal de Pott des six dernières dorsales, abcès par congestion proéminant dans l'aine droite où il forme une tumeur du

volume d'une orange. Depuis une huitaine de jours, douleurs dans l'aine, la peau est violacée, amincie, l'abcès va s'ouvrir.

5 juin Le malade étant chloroformé, j'incise largement au thermocautère, je racle avec la curette tranchante la cavité sous-cutanée, puis après un *lavage à l'eau phéniquée forte*, j'enfonce aussi profondément que possible deux siphons drains sous l'arcade crurale en remontant vers la carie vertébrale. Je referme par-dessus les lèvres de l'abcès, le tout recouvert d'un pansement antiseptique troué pour laisser passer les tubes, et maintenu par un spica de l'aine.

Le 6. Pas de fièvre, l'enfant est gai, mange. Pansement intact. La vessie de caoutchouc, vidée deux fois, a donné 100 grammes de pus mélangé de sérosité sanguinolente.

Le 7. Même état. La quantité de pus a diminué d'une dizaine de grammes. Les jours suivants tout marcha à souhait, le pus diminue.

Le 11. Le pansement est levé pour la première fois. Sauf au pourtour de la plaie où la collerette de charpie iodoformée contient un peu de pus; il n'y a rien dans la gaze, l'abcès de l'aine se cicatrise. Même pansement.

Le 17. Second pansement. Le pus diminue; on ne recueille plus guère que 35 grammes par vingt-quatre heures. Le pansement est propre. Les tubes sont raccourcis de 3 centimètres.

Le 23. Troisième pansement. L'abcès de l'aine est cicatrisé, il ne reste qu'une fistule donnant passage aux tubes, s'engageant sous l'arcade crurale et fournissant à peine quelques gouttes de pus. Les siphons drains sont retirés et l'enfant, muni d'un bon corset silicaté, est renvoyé à ses jeux.

Obs. XXVI. — *Ostéite tuberculeuse du sternum avec abcès. — Signes de tuberculose pulmonaire. — Évidement de l'os, curage et grattage de la poche de l'abcès. — Chlorure de zinc.* (Petitot. Th. doct. Paris, 1884. Obs. résumée.)

Bos..., 55 ans, tailleur de pierre. Entre le 27 août dans le service de M. Bouilly, présentant au tiers supérieur du sternum une petite grosseur, nullement douloureuse; caractères d'un abcès froid. Expiration soufflante à droite. Syphilis ancienne.

Le 4 septembre, incision de la tumeur, grattage, évidement de l'os malade, ablation des fongosités, deux pièces du sternum disjointes, lavages au chlorure de zinc. Pansements à l'iodoforme, très beaux bourgeons charnus; cicatrisation; râles sous-crépitants aux deux sommets. 15 décembre, exeat; lésions pulmonaires stationnaires.

Obs. XXVII. — *Ostéite tuberculeuse de l'os iliaque. — Abcès volumineux de la fosse iliaque interne. — Nombreux trajets fistuleux de la fosse iliaque externe. — Grattage, rugination, solution phéniquée forte. — Guérison lente.* (M. Bouilly, in Petitot. Th. doct., Paris, 1884. Obs. résumée.)

X..., 19 ans. Ce jeune homme présentait dans la fosse iliaque droite une énorme collection fluctuante, avec trajets fistuleux multiples dans la fesse droite, conduisant sur l'os iliaque dénudé, état général très mauvais.

15 mars 1882. *Opération.* — Incision, au-dessus de l'arcade crurale, de la collection purulente, écoulement d'un litre de pus, irrigation de la poche avec solution phéniquée à 5 p. 100, os iliaque gratté à la curette et fongosités enlevées, pansements avec solution phéniquée à 2 p. 100, résultat excellent, bourgeonnement, etc., amélioration rapide à la suite du départ à la campagne, état général très satisfaisant.

Trajets fistuleux persistant le long de la fesse droite nécessitent nouvelle opération, lavages phéniqués, pansement et guérison.

Obs. XXVIII. — *Ostéite tuberculeuse de la face interne de l'os iliaque. — Abcès tuberculeux successifs. — Mise à nu et destruction du foyer tuberculeux. — Chlorure de zinc.* (M. Bouilly, in Petitot. Th. doct. Paris, 1884. Obs. résumée.)

M. S..., étudiant, âgé de 20 ans. A la fin de l'hiver 1883 douleur dans la région de la fosse iliaque droite ; contraint, pour ce motif, de garder le lit. A la suite d'une chute nouvelle, douleurs et séjour définitif au lit. En juin apparition d'une tuméfaction douloureuse, diffuse dans la fosse iliaque droite, avec fièvre et diminution des forces, empâtement profond, mouvements de l'articulation de la hanche conservés. Diagnostic : ostéite de l'os iliaque. La fluctuation devenant évidente, le 26 août opération. Incision des parties molles au thermocautère : on tombe dans la cavité située dans la fosse iliaque interne pleine de pus séreux avec masse caséeuses. Injection de chlorure de zinc à 1/100; évidement de la cavité et au niveau de la symphyse sacro-iliaque, point osseux dénudé, érodé et donnant issue à parcelles ramollies. Lavages, tube à drainage, pansement, gaze et eau phéniquée à 2 p. 100.

Excellent résultat, fièvre diminue, etc.

9 octobre. Incision sur ligne médiane au-dessus du pubis, d'un point ramolli, conduisant dans une petite cavité fongueuse de même nature que la précédente. Même pansement et cicatrisation.

Le 27. Nouvelle collection à la partie postérieure de l'os iliaque, dénudation et curage de l'épine iliaque postérieure et inférieure, injection de chlorure de zinc à 5 p. 100 et cicatrisation.

29 novembre. Douleur et empâtement dans le bas de la région lombaire avec symptômes généraux les mêmes que précédemment. Nouvelle incision au niveau de la 3e lombaire d'un volumineux abcès, portion de vertèbre dénudée, attaquée avec curette, injection de chlorure de zinc à 5 p. 100, pansements et guérison.

Après cette dernière intervention séjour à Cannes et guérison définitive sans nouveaux abcès.

Obs. XXIX. — *Abcès froid d'origine osseuse (sacrum). — Ouverture. — Grattage de la poche, évidement de l'os. — Chlorure de zinc à 5 p. 100. — Symptômes de néphrite interstitielle.* (Petitot. Th. doct. Paris, 1884. Obs. résumée.)

Gou..., Eugénie, employée de commerce, 31 ans. En juin 1882, des abcès commencèrent à se former au niveau du sacrum, l'un se guérissait, un autre apparaissait à côté. Trajets fistuleux persistants.

24 juillet 1883. On constate sur toute la région du sacrum plusieurs trajets fistuleux disséminés siégeant au milieu d'une petite cicatrice adhérente à l'os. Avec symptômes de néphrite interstitielle.

21 août. Incisions au thermocautère sur le sacrum, grattage et évidement de toutes les parties osseuses malades, lavage au chlorure de zinc à 2 p. 100, pansement phéniqué.

Fin d'août, septembre, octobre, affaiblissement très marqué, urines diminuent de plus en plus, malgré cela les plaies sont très belles, bourgeons exubérants, pas de suppuration.

25 octobre. Mort des suites d'intoxication urémique.

Obs. XXX. — *Ostéite tuberculeuse de la malléole externe. — Evidement de l'os. — Marche extensive de la tuberculose locale. — Chlorure de zinc. — Amputation.* (Petitot. Th. doct. Paris, 1884. Obs. résumée.)

Dub..., Emilie, 20 ans, domestique. Pas d'antécédents. En novembre 1882, douleurs dans la malléole externe gauche. Quelques mois plus tard immobilisation du pied.

Le 19 juin, diagnostic de tuberculose locale étant établi, opération et incision d'un abcès derrière la malléole, curage et grattage de la poche. Lavages au chlorure de zinc à 5 p. 100, évidement de l'os et pansement à l'iodoforme, cicatrisation. Pas de fistule. La malléole externe reste douloureuse, on constate au bout de quelques jours l'existence d'une ostéite aiguë, avec trajet fistuleux.

25 septembre. Nouvelle opération. Lavages au chlorure de zinc, résection de la malléole externe malade, calcanéum et astragale reconnus atteints, évidement et grattage des fongosités. Pansement à l'iodoforme.

Jusqu'au 27 octobre. Bourgeons charnus abondants. Plaie bel aspect, bientôt suppuration abondante, nombreuse série d'abcès. Amputation nécessaire fut faite au lieu d'élection.

L'examen fit constater que les articulations tibio-tarsienne et médio-tarsienne étaient pleines de fongosités, les trabécules osseux infiltrés.

Obs. XXXI. — *Tuberculose pulmonaire. — Ostéite tuberculeuse de la malléole interne. — Abcès froid siégeant en avant de l'articulation tibio-tarsienne et communiquant avec elle. — Ouverture, grattages de la poche et évidement de l'os. — Chlorure de zinc. — Mort.* (Petitot. Th. doct. Paris, 1884. Obs. résumée)

Mor..., Marie, couturière, 38 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Personnels : En 1881, adénite scrofuleuse suppurée et toux fréquente. En mai 1883, douleurs niveau articulation tibio-tarsienne du côté droit, bientôt cette dernière devient douloureuse et fluctuante. 7 septembre. Ouverture d'un vaste abcès froid contournant l'articulation, lavages au chlorure de zinc à 5 p. 100, l'articulation communique avec l'abcès, grattage et évidement d'un point dénudé sur la malléole interne, pansement à l'iodoforme. Pansements renouvelés tous les dix jours, plaie a bon aspect. Craquements humides dans la fosse sus-épineuse gauche. 12 octobre. Nouveau clapier découvert en arrière de l'articulation, ouverture et pansements phéniqués. Plaie se cicatrise lentement, trajets fistuleux persistent et continuent à suppurer. Malade pâle très anémiée. État des poumons très aggravé. Mort le 18 décembre. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. XXXII. *Ostéite caséeuse du calcanéum. — Excision. — Irrigation au chlorure de zinc. — Guérison.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

H. M., 38 ans. Entrée 17 février 1881. Depuis novembre 1880, douleurs dans le talon. Depuis janvier 1881, enflure et rougeur. Perforation spontanée d'un abcès. Écoulement de pus. Fistule. Il y a quelques années le patient a eu un abcès au bras droit. Poumons sains. Rien dans l'hérédité.

Diagnostic. Ostéite caséeuse du calcanéum.

23 mars. 1881. Excision du calcanéum. Suture. Drainage. Irrigation et pansement au chlorure de zinc.

Guérison lente avec abcès. Pendant la convalescence, pneumonie double.

Obs. XXXIII. — *Ostéite du calcanéum. — Excision. — Irrigation au chlorure de zinc. — Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

B. A., 25 ans. Entrée 10 août 1881. En avril 1881, distorsion du pied. Enflure et douleurs immédiates. Pas d'amélioration par le massage ni

par des appareils plâtrés. Autrefois bien portant. Poumons sains, rien dans l'hérédité.

Diagnose : Ostéite du calcanéum.

14 novembre 1881. Excision du calcanéum. Drainage. Suture. Irrigation et pansement au chlorure de zinc.

29 novembre 1881. Plaie guérie par première intention.

29 décembre 1881. Patiente quitte l'hôpital guérie, peut marcher avec quelques douleurs.

Obs. XXXIV. — *Ostéite tuberculeuse de vertèbres lombaires. — Résection de deux apophyses articulaires. — Grattage d'un corps vertébral. — Lavage au chlorure de zinc à* 1/15. — *Guérison.* (Buffet. *Gazette des hôpitaux,* 2 décembre, 1886. Obs. résumée.)

Femme de 47 ans, journalière, entre à l'hôpital d'Elbeuf pour un trajet fistuleux de la région costo-iliaque, survenu à la suite d'un abcès ayant débuté 5 mois auparavant.

Le 10 juillet. Opération. — On arrive sur deux apophyses articulaires dénudées. On les détache avec la gouge et le maillet, et avec la cuiller tranchante, on gratte la partie externe du corps de la vertèbre correspondante. Lavage de la plaie au moyen d'une solution de chlorure de zinc au 1/15. 2 drains. Sutures. Pansement phéniqué.

Douleur intense dans la cuisse gauche du côté malade, survenue le jour de l'opération et se continue les jours suivants. En même temps parésie du membre inférieur gauche, avec hyperesthésie très accentuée. Au sixième jour ces phénonèmes diminuent, puis disparaissent.

Le 15 septembre. Le malade sort de l'hôpital avec une petite fistule.

Le 20 novembre. La malade a repris ses forces et de l'embonpoint et on peut considérer sa guérison comme définitive.

Obs. XXXV.— *Ostéite tuberculeuse du troisième métacarpien droit.— Résection. — Lavage avec la solution de chlorure de zinc au* 1/10 — *Guérison.* (Brezzi. Th. doct., Paris, 1889. Obs. résumée.)

W..., Berthe, 3 ans, entre à l'hôpital le 4 octobre 1888. Père tuberculeux. La petite malade se présente avec les symptômes suivants : Face dorsale de la main tuméfiée, surtout niveau 3e métacarpien. Palpation douloureuse. Légère flexion persistante.

Le 10 octobre. Opération.— Incision sur la face dorsale de la main, on trouve des fongosités sous la peau, perforation osseuse conduisant dans le canal médullaire, l'os est entouré d'une couche osseuse nouvelle sous-périostée. Résection de tout le métacarpien, ablation des fongosités, lavages avec solution de chlorure de zinc au 1/20, réunion. — Guérison complète au bout de quelques jours.

Obs. XXXVI. — *Ostéite tuberculeuse de la dernière phalange du petit doigt. — Résection. — Lavage avec la solution de chlorure de zinc au* 1/10. — *Gaze iodoformée.* (Brezzi. Th. doct., Paris, 1889.)

Legoff (Charles), âgé de 14 mois.

Le 24 novembre 1888, le jeune malade a été apporté à l'hôpital Trousseau par sa mère qui est forte et robuste. Elle nous dit que sa santé a toujours été excellente, mais que son mari est mort, il y a quelques mois, de tuberculose pulmonaire chronique. Elle a deux autres enfants, qui s'enrhument facilement et qui actuellement sont atteints de conjonctivite phlycténulaire.

Notre jeune malade a été nourri par sa mère. L'affection du doigt a débuté il y a 11 mois. Il est pâle, amaigri, porteur d'une blépharite ciliaire.

La deuxième phalange de l'auriculaire est volumineuse, cylindrique. A sa partie externe existe une fistule par laquelle un stylet peut pénétrer jusqu'à l'os qui est ramolli et friable.

A la partie inférieure et interne, on trouve un petit abcès sous-cutané fluctuant.

26 novembre. Ouverture de l'abcès, grattage des fongosités. Résection de toute l'étendue de la phalange. Lavage de la cavité avec *la solution de chlorure de zinc à* 1/10. On remplit la cavité de *gaze iodoformée.*

2 décembre. Pansement. La cavité est rétrécie.

Le 28. Guérison. Pas de fistule. La peau du doigt est encore un peu rouge, mais il n'y a pas de sensibilité à la pression.

Obs. XXXVII (inédite). — *Ostéite tuberculeuse de l'extrémité supérieure, de l'humérus, évidement, grattage, chlorure de zinc* 1/10. — *Guérison.* (Service de M. le Dr Périer.)

An..., Juliette, 17 ans, entrée le 1er juin 1888, à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin, no 13, service de M. le Dr Périer.

Il y a deux ans, abcès froid de la région postérieure de l'aisselle droite, ouverture spontanée, fistule consécutive En 1887, grattage. Séjour de 3 mois à Berck-sur-Mer.

25 juin. Nouveau grattage de la fistule, on ne sent pas d'os dénudé; lavage au sublimé,

15 juillet. Persistance de la fistule. Envoyée à Berck-sur-Mer. Nouvelle entrée à l'hôpital le 23 septembre.

27 octobre. La fistule est élargie avec le thermocautère, on avive sur la tête de l'humérus cariée, évidement, grattage de l'os et du trajet avec la curette de Volkmann. Lavage au chlorure de zinc, 1/10. Pansement au salol.

21 décembre. Exeat. Guérison.

Obs. XXXVIII (inédite). — *Mal de Pott ; fistule ; grattage. — Biiodure de mercure et iodoforme. — Amélioration.*

V..., Marie, domestique, 23 ans, entre le 10 avril 1887, à l'hôpital St-Antoine, salle Lisfranc, 8, service de M. le Dr Monod.

Mal de Pott dorsal, fistule à la partie moyenne de la région costale postérieure, ayant débuté il y a 3 ans.

A son entrée, fistule au niveau de l'angle postérieur de la 6e côte. Pas de troubles de la sensibilité et de la motilité des membres inférieurs. Quelques douleurs en ceinture.

Le 15 août, incision au bistouri suivant le trajet de la fistule ; on trouva un second trajet oblique en bas et en dedans, qui traverse l'espace intercostal. Grattage avec la curette. Irrigation au *biiodure de mercure*. Pansement *iodoformé* à plat.

4 septembre. La plaie bourgeonne bien et a beaucoup diminué d'étendue. Peu de pus.

Janvier 1888. Il ne reste plus qu'une petite surface bourgeonnante, mais il persiste une petite fistule, par laquelle s'écoule peu de pus.

Obs. XXXIX. — *Tuberculose de la première côte gauche avec nécrose. — Résection. — Sublimé. — Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

C... J., 38 ans. Entrée le 18 février 1884. En 1872, abcès de l'aine droite. En 1877, abcès de la peau du ventre. En 1878, gonorrhée. En juillet 1883, enflure au-dessus de la clavicule. Fièvre. Incision. Ecoulement de pus, plus tard 2 nouvelles fistules. Pas de tuberculose dans la famille. Poumons sains.

Diagnose : Tuberculose de la première côte gauche avec nécrose.

7 mars 1884. Excision de la clavicule.

Résection de la portion interne de la première côte, déchirure du canal thoracique. Ecoulement de lymphe. Pansement au sublimé. Guérison lente. Gangrène double du poumon. 28 avril 1884. Patient quitte l'hôpital. Plaie guérie. Poumons encore infiltrés à la base. Amaigrissement.

Obs. XL.— *Chondrite et ostéite fongueuse de l'arc costal gauche inférieur. — Résection. — Irrigation au sublimé. — Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

E. C..., 44 ans. Entrée 24 mai 1883. En 1881 typhus.

Peu de temps après douleurs au côté gauche inférieur du thorax. En juin 1881 chute sur le côté gauche du thorax, formation d'un abcès à gauche de la partie inférieure du sternum. Perforation spontanée. Ecoulement de pus. Fistule. En juillet 1882, grattage de la fistule sans

effets. Depuis septembre nouvelle fistule. Poumons sains; rien dans l'hérédité.

Diagnose : Chondrite et ostéite fongueuse de l'arc costal gauche inférieur.

5 juin 1883. Résection des cartilages costaux, d'une partie de la côte elle-même et d'une partie du sternum. Irrigation au sublimé. Pas de suture. Pansement au sublimé.

Le 18. Patient quitte l'hôpital ; plaie granule.

13 septembre 1883. Rentrée, récidive. Grattage des fistules.

4 octobre 1883. Plaie complètement guérie.

Obs. XLI. — *Ostéite nécrotique tuberculeuse du calcanéum. — Résection. — Irrigation au sublimé* 1/5000. — *Guérison avec suppuration.* (Collon. *Loc. cit.*)

G... A , 8 ans. Entrée 27 septembre 1883. Depuis mars 1883, enflure sous les deux malléoles, sans aucune cause directe.

Fin avril. Perforation spontanée d'un abcès sous la malléole externe. Ecoulement de pus. Fistule. Autrefois bien portante. Poumons infiltrés au sommet. Le père tousse.

Diagnostic : Ostéite nécrotique tuberculeuse de la grande tubérosité du calcanéum.

15 novembre 1883. Excision totale du calcanéum. Irrigation au sublimé 1/5000. Suture définitive.

Pansement au sublimé.

18 janvier 1884. Guérison avec suppuration et fièvre. Patient quitte l'hôpital avec de bonnes fonctions du pied.

Obs. XLII. — *Ostéomyélite tuberculeuse du tibia. — Trépanation, évidement. — Irrigation au sublimé. — Iodoforme. — Guérison.* (Jelks. *Journ. of the Americ. med. associat.*, 1889.)

Femme de 30 ans. Ulcération tuberculeuse à la partie supérieure du tibia. Douleurs constantes, morphinomane. Bande d'Esmarch. Trépanation du tibia. Grattage avec la curette d'un foyer tuberculeux, débris enlevés avec solution de sublimé à 1/5000, puis irrigations au sublimé à 1/5000. Hémorrhagie quelques heures après. Suspension du membre. Pansement iodoformé. Dix jours après, bon état.

Obs. XLIII. — *Ostéomyélite tuberculeuse du tibia. — Trépanation, évidement. — Irrigation au sublimé. — Gaze iodoformée. — Guérison.* (Jelks. *Journ. of the Americ. med. associat.*, 1889.)

Homme de 40 ans. Douleurs vives dans le tibia après une contusion. Ulcération tuberculeuse consécutive. Trépanation sous-périostée : foyer

tuberculeux dans la tête du tibia, grattage avec la curette tranchante. Irrigation continue avec la solution de sublimé au millième, lavage avec la même solution à 1 p. 500, puis solution à 1/5000 pour enlever l'excédent. Cavité remplie de gaze iodoformée. Rapprochement des lambeaux. Sur la ligne d'incision, poudre d'iodoforme. Gaze iodoformée, coton au sublimé. Réunion avec la soie antiseptique. Guérison en 8 jours. Trois semaines après, bon état.

Obs. XLIV (personnelle, inédite). — *Tuberculose de la septième côte. — Abcès froid, grattage. — Sublimé. — Salol. — Guérison.*

C..., Marie-Louise, 53 ans, parfumeuse, entre le 27 janvier 1888 à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin, n° 5, service de M. le Dr Périer.

Réglée à 15 ans ; neuf enfants. En 1870, interruption des règles pendant sept mois : Hémorrhagie utérine-pelvi-péritonite. Depuis cinq mois environ, douleurs dans la partie latérale gauche du thorax ; il y a 2 mois, tuméfaction douloureuse à la partie moyenne de la septième côte.

1er février. Abcès froid de la paroi thoracique latérale gauche, au niveau de la partie moyenne de la septième côte.

Pas de tuberculose pulmonaire.

Opération. — Incision, pus abondant, verdâtre, la côte est dénudée, grattage, irrigation au sublimé au 1/1000. Pas de réunion.

Pansement à plat au salol : poudre, gaze, ouate. Ce pansement est renouvelé tous les 10 ou 15 jours. 17 juillet. Exeat. Guérison.

Obs. XLV (personnelle, inédite). — *Tuberculose de la malléole externe. — Abcès froid. — Sublimé. — Salol. — Guérison.*

M..., Marie, 31 ans, domestique, entre le 10 mars 1888, à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin, n° 1, service de M. le Dr Ch. Périer.

Il y a deux ans, tuméfaction de la rotule droite ; depuis six mois, petite tumeur fluctuante à la partie antérieure et interne du genou droit ; en même temps, augmentation de volume de la malléole externe droite, abcès froid.

A son entrée. Abcès froid situé à la partie antérieure et interne de la rotule droite, cet os est augmenté de volume dans tous ses diamètres; la pression est douloureuse.

Epanchement articulaire peu abondant.

La malléole externe droite est volumineuse et douloureuse au toucher ; abcès froid en bas et en arrière. Gêne dans la marche et dans les mouvements du genou et du pied.

Légère induration du sommet du poumon droit.

Pas d'antécédents syphilitiques.

23 mars. Opération. — Bande hémostatique appliquée sur la cuisse.

Incision verticale sur la malléole externe. Fongosités, grattage avec la curette de Volkmann ; la malléole est dénudée au niveau de la gaine des péroniers : grattage. Rien dans la gaine tendineuse. Irrigation au sublimé au 1/100. Trois points de suture, pas de drain. Pansement au salol. Incision de l'abcès rotulien. Fongosités et pus verdâtre, grattage. Pas de lésions osseuse ou articulaire. Irrigation au sublimé : 4 points de suture. Pas de drain. Pansement au salol. Compression et immobilisation.

8 avril. Pansement. On enlève les points de suture. La réunion est complète pour la plaie rotulienne. Sur la malléole externe, réunion secondaire, bourgeonnement actif.

Le 20. Cicatrisation absolue des deux plaies.

Le 25. Exeat, pas de douleurs, les mouvements du genou et du pied sont normaux : marche facile.

Obs. XLVI. — *Ostéite tuberculeuse du premier métacarpien gauche. — Gomme tuberculeuse sur la face dorsale de la première phalange de l'index du même côté. — Adénite du ganglion épitrochléen. — Grattage du métacarpien. Gaze iodoformée. — Guérison en deux mois.* (Brezzi. Th. doct. Paris, 1889.)

L., Albert, âgé de 3 ans. Cet enfant est pâle. Il a de l'impétigo de la face et du cuir chevelu. Sur la face dorsale du pied droit, on remarque un abcès tuberculeux du volume d'une noix. Sur la face de la première phalange du gros orteil, du même côté, existe une petite gomme cutanée.

Le premier métacarpien est volumineux, recouvert par une peau rosée. Deux trajets fistuleux conduisent sur cet os ; l'un est dorsal et placé dans le premier espace interosseux, le deuxième à la partie externe du métacarpien. Un stylet introduit par les fistules arrive dans une cavité double à la partie externe d'une coque osseuse de nouvelle formation. Les parois de ces fistules sont fongueuses.

Le ganglion sus-épitrochléen présente le volume d'une grosse amande. Les ganglions axillaires paraissent sains.

6 octobre : Grattage de la solution et des trajets fongueux. Tout le métacarpien a disparu. Il y avait dans ce cas une disparition totale de l'os ancien et un commencement de reproduction du métacarpien par ossification périostée. L'os était dense, résistant, perforé au niveau des deux trajets fistuleux. On lave et l'on remplit la cavité *de gaze iodoformée.* Guérison en deux mois. Le doigt n'est plus douloureux à la pression, mais il est resté gros.

Obs. XLVII. — *Ostéite tuberculeuse de la première phalange du médius soignée pendant un an et demi par l'huile de foie de morue et les pansements à l'iodoforme sans résultats. — Résection de la phalange. — Guérison.* (Brezzi. Th. doct., Paris, 1889.)

G..., Louise, 3 ans. Cette petite fille est née de parents bien portants. La mère donne sur elle les renseignement suivants : l'affection du médius remonte à deux ans. Pendant dix-huit mois, elle a été soignée par l'huile de foie de morue, les bains salés et les *pansements à l'iodoforme.*

En ce moment le doigt présente une augmentation de volume au niveau de la première phalange sauf au niveau de la partie postérieure de celle-ci qui est rétrécie. La peau est rougeâtre. Le doigt est en crochet. Les mouvements de la première phalange sur le métacarpien sont conservés. Ceux de la deuxième phalange sur la première sont très limités. Il existe deux trajets fistuleux, le premier entre le médius et l'index ; l'autre sur la face dorsale. Ils sont recouverts de croûtes grisâtres. Le médius présente en longueur 5 millimètres en moins que l'index.

Traitement : résection. La cavité est remplie de *gaze iodoformée.*

Guérison complète en un mois et demi.

Obs. XLVIII. — *Ostéomyélite chronique de l'extrémité inférieure du tibia. — Trépanation, gaze iodoformée. — Guérison.* (Ardle. *Dublin med. J.*, 1889. Obs. I.)

Le nommé H. F..., fermier, 29 ans, entre dans mon service le 11 février 1882. Il venait de quitter un autre hôpital où il avait été soigné pendant onze semaines pour de la douleur et du gonflement de la cheville gauche. Pendant l'hiver de 1880, il eut la jambe et la cheville gauches fortement écrasées par une chute de cheval et eut le pied pris sous le cheval ; immédiatement le gonflement et la douleur parurent. Pendant six mois, il fut incapable de lever le pied ; à la fin de 1881, il pouvait marcher assez bien, mais après un exercice prolongé, la jambe devenait lourde et une douleur sourde et vive sous le gros orteil et en avant de la cheville, le gênait considérablement. Après une marche prolongée par une nuit froide et humide d'octobre, la douleur devint lancinante, s'irradiant jusqu'aux orteils et remontant à la face postérieure de la cuisse. Le gonflement parut de nouveau et après avoir essayé tous les moyens possibles pour se débarrasser de son mal, sans résultats satisfaisants, il entra dans un hôpital où on lui donna de la morphine en quantité suffisante pour calmer les douleurs. En même temps des cataplasmes, de la révulsion et de la compression furent essayés localement. Après onze semaines de ce traitement on lui dit qu'il fallait réséquer son articulation ou se décider à une amputation, car la

cheville tout entière et le pied semblaient être le siège d'une tuberculose étendue.

En examinant avec soin la cheville, je vis que les tendons des extenseurs étaient refoulés en avant par une tumeur solide venant du tibia qui s'avançait en avant, le pied paraissant alors luxé en arrière. Pas de fluctuation, pas d'irrégularité sur les os En fixant le tibia on sentait que le péroné était uni d'une façon assez lâche à son extrémité inférieure. La distance entre la pointe des malléoles était fortement augmentée, ainsi que la face antéro-postérieure du tibia. Cet épaississement du tibia s'étendait de trois pouces en haut. La surface entière des deux tiers inférieurs du membre était rouge, « avait l'aspect de la langue », était très sensible et douloureuse à la pression Tant que le membre n'était pas maintenu élevé, il y avait dans le pied et dans la jambe une douleur insupportabie qui ne pouvait permettre au malade de se tenir debout et de laisser pendre la jambe ; en outre le malade était cachectique, très irritable ; le pouls était petit, rapide, irrégulier. Vomissements fréquents, sueurs abondantes. Température matin, 99°,6 ; soir, 103°,4 F.

Le lendemain, j'incise sur la face interne du tibia, j'enlève le périoste et applique un trépan de 16 millim. que j'introduis facilement. En le retirant, le sang s'écoule assez abondamment de l'os épaissi ; il s'arrête bientôt. En examinant le morceau d'os que j'avais enlevé, je trouvai qu'il avait atteint l'état caséeux, de plus on voyait dans l'ouverture pratiqué par le trépan, une masse caséeuse. Avec une curette, j'enlevai toute la production tuberculeuse qui siégeait dans le tibia, mais qui s'était engagée à travers le ligament péronéo-tibial et avait attaqué l'extrémité inférieure du péroné. Je bourrai de *gaze iodoformée* la cavité qui s'étendait dans la malléole externe, j'appliquai un pansement antiseptique et le membre fut maintenu dans une position élevée.

Dans l'après-midi, le malade se plaignit d'une légère douleur et de la compression produite par le pansement, ce qui disparut bientôt, et le troisième jour le pansement était presque complètement traversé par un suintement séro-sanguinolent. Immédiatement après l'opération, la température tomba de 103°,4 à 100°,1 F. et à aucun moment à partir du deuxième jour après l'opération elle n'atteint plus 100°. Les pansements étaient faits avec le plus grand soin possible. En examinant la cheville un mois après l'opération, la plaie était complètement guérie et le malade pouvait imprimer à son pied tous les mouvements avec la plus grande facilité.

J'ai vu souvent le malade pendant ces dernières années et je suis heureux de dire que quoiqu'il se fatigue beaucoup, porte de lourds fardeaux, et marche des journées entières, restant debout dans les foires et les marchés, il n'y a pas la moindre trace de douleur, de gêne ou de raideur.

Obs. XLIX. — *Tuberculose diffuse de l'extrémité inférieure du tibia. — Extension à la synoviale tibio-tarsienne. — Trépanation. — Gaze iodoformée. — Guérison.* (M. Ardle. *Loc. cit.* Obs. II.)

Jean C. ., 34 ans, entre dans mon service le 8 septembre 1883 ; environ dix mois auparavant il glissa en grimpant sur une muraille et tomba lourdement sur le pied gauche. Peu de temps après il pouvait marcher sans trop de difficultés, mais trois mois environ après l'accident la douleur parut au talon et du gonflement au cou-de-pied. On le soigna alors avec des liniments, de la compression et des vésicatoires, mais la douleur continua, le gonflement augmenta et lorsque je le vis, la cheville était dans l'état suivant :

Autour de la malléole externe, il y avait une tumeur réniforme et fluctuante, les tendons antérieurs étaient repoussés en avant par l'épanchement de l'articulation tibio-tarsienne, l'extrémité inférieure du tibia avait deux fois le volume normal, douleur à la pression, et, quand le malade laissait pendre le membre, les mouvements du pied étaient excessivement limités en flexion et en extension ; la jambe avait augmenté de volume et le pied était froid.

Opération. — Incision longue de deux pouces sur le milieu de la malléole interne ; je fais passer un large trépan à travers le tibia et jusque dans le péroné. On enlève des dépôts tuberculeux abondants dans l'extrémité de l'os ; cavité bourrée *de gaze iodoformée.*

En cinq semaines, la plaie est guérie par bourgeonnements, mais un mois plus tard la douleur paraît de nouveau, et après avoir mis des cataplasmes et des pansements humides pendant deux jours, la cicatrice s'ouvrit par le bas et donna issue à environ un drachme de pus de bonne nature. La guérison marcha rapidement, et depuis ce temps le malade continue à bien se porter.

Obs. L. — *Ostéite chronique de l'extrémité supérieure du fémur. — Trépanation. — Gaze iodoformée. — Guérison.* (Ardle. *Dublin med. Journ.*, 1889. Obs. VI, résumée.)

H. M..., 26 ans, entré en août 1883. Depuis trois ans douleurs de la cuisse gauche. Augmentation de volume de la région trochantérienne ; membre fléchi, en adduction. Mouvements de l'articulation normaux sous le chloroforme. Trépanation du grand trochanter : pus grumeleux. Avec une large curette, la tête du fémur et le grand trochanter furent débarrassés d'une grande quantité de tissu fongueux, et de beaucoup de débris d'os nécrosés. La cavité est bourrée de gaze iodoformée. Guérison rapide. Actuellement le malade peut marcher sans la moindre douleur, le membre a retrouvé une grande partie de sa force.

Obs. LI. — *Ostéite tuberculeuse aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. — Trépanation. — Gaze iodoformée. — Guérison.* (Ardle. *Dublin med. Jour.*, 1889. Obs. VIII, résumée.)

H. Or..., 30 ans, entré le 24 février 1887. Quinze jours auparavant chute sur la cuisse droite. A la suite, douleur, raideur, gonflement. L'extension et l'immobilisation n'amènent aucun soulagement, altérations de l'état général. Fluctuation obscure dans la région du grand trochanter. Trépanation du grand trochanter, évidement. Écoulement d'un liquide séro-sanguinolent; trépanation de la tête fémorale ; pus. Avec la curette on enlève des fragments nécrosés et des produits caséeux. Tamponnement des cavités osseuses avec la gaze iodoformée. Guérison. Le malade est revu un an et demi après : bon état.

Obs. LII — *Ostéite tuberculeuse chronique de l'extrémité supérieure du fémur, évidement. — Gaze iodoformée. — Guérison avec fistule.* (Ardle. *Dublin. med. Journ.* 1889. Obs. VII, résumée.)

P. B..., 52 ans, entré le 20 février 1886. A 12 ans, coxalgie. Fistule en arrière du grand trochanter, gonflement de la région. Douleurs vives. Evidement au grand trochanter, grattage avec la curette, du tissu nécrosé et du pus grumeleux, et de la fistule. Plaie bourrée de gaze iodoformée Guérison rapide avec fistule. Actuellement le malade fait de longues marches sans douleurs.

Obs. LIII. — *Tuberculose du 3e métacarpien. — Injections d'huile iodoformée. — Guérison.* (Wendelstadt. *Centrabl. f. chir.*, 1889, p. 665.)

Femme âgée de 42 ans. Au mois de mai 1888, chute sur la main gauche, gonflement consécutif qui ne fait qu'augmenter. Le 3 janvier 1889, son médecin lui ouvre un abcès volumineux de la face dorsale de la main. Le 13 mars, la malade vient consulter. Douleurs vives, empâtement de la face dorsale de la main, fistule conduit à un point carié du 3e métacarpien.

Les doigts sont légèrement fléchis, l'articulation radio-carpienne est libre. Poumons sains. Une injection à l'huile iodoformée est faite tous les 8 jours; après 4 de ces injections, la fistule a disparu et la malade se sert de la main, sans douleur. Sur la face dorsale de la main léger empâtement, et petite cicatrice au point où existait la fistule.

Obs. LIV. — *Tubercule des 3e et 4e métacarpiens — Injections d'huile iodoformée. — Guérison.* (Wendelstadt. *Centralbl. f. chir.*, 1889.)

Jeune fille de 11 ans, entre le 31 janvier 1889. Carie des 3e et 4e métacarpiens de la main droite. Début de l'affection remonte à 6 mois. Doigts

étendus et raidis. Douleur à la pression. Pas de fistule. Articulation du poignet intacte. Rien aux poumons. Onze injections à l'huile iodoformée ont produit, à la fin du mois de juin, la guérison à peu près complète ; les mouvements sont absolument normaux, le gonflement a disparu, il ne reste qu'un léger empâtement à peine appréciable.

Obs. LV (personnelle, inédite). — *Tuberculose de la 7e côte. — Grattage. — Sublimé. — Gaze iodoformée. — Guérison.*

S. B..., âgée de 41 ans, dévideuse, entre le 22 juillet 1887, à l'hôpital St-Antoine, salle Lisfranc, n° 14, service de M. le Dr Ch. Monod.

La malade entre pour un abcès de la région costale moyenne droite ayant débuté par des douleurs il y a environ un mois.

A son entrée : empâtement et rougeur de la région thoracique au niveau de la 7e côte.

Diagnostic : Abcès périostique tuberculeux de la 7e côte.

25 juillet. Opération. Incision horizontale parallèle à la 7e côte, incision verticale perpendiculaire. Les tissus sont infiltrés et indurés. Au devant de la côte, nappe de pus verdâtre; la côte est dénudée sur une étendue de trois à quatre centimètres. Grattage avec la rugine. La plaie est bourrée de gaze iodoformée chiffonnée, Compression ouatée.

13 août. Bon état ; la plaie bourgeonne activement.

Le 17. L'étendue de la plaie a beaucoup diminué.

Le 22. Il n'y a plus qu'une petite surface granuleuse.

Le 30. Cicatrisation absolue : guérison.

Obs. LVI (personnelle). — *Ostéite tuberculeuse de l'extrémité inférieure du radius. — Grattage. — Iodoforme.*

C..., Louis, menuisier, 44 ans, entré le 22 avril 1887, à l'hôpital St-Antoine, salle Velpeau, 36. Service de M. le Dr Monod.

Il y a 17 ans, le malade était entré à l'hôpital Beaujon, pour une tumeur fluctuante de la face antérieure du poignet : ponction. Actuellement : ankylose du poignet gauche. Tuméfaction de la région. Abcès froid au niveau de l'extrémité inférieure du radius. Empâtement périarticulaire. Sur la face antérieure du poignet, petit orifice fistuleux. Tuberculose pulmonaire : craquements secs, submatité, toux habituelle.

24 avril. Ponction de l'abcès froid du poignet. Injection d'éther iodoformé. L'abcès se reproduit.

7 mai. Incision de l'abcès, grattage de la fistule, on découvre un foyer caséeux dans l'extrémité inférieure du radius, grattage. Gaze iodoformée.

Le 31. Exeat. La plaie est à peu près complètement cicatrisée.

Obs. LVII (personnelle). — *Spina-ventosa. — Grattage. — Iodoforme. Guérison.*

B..., Victor, ébéniste, 15 ans, entré le 16 décembre 1887, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren, 24 *bis*, service de M. le Dr Monod. Depuis trois mois, augmentation de volume du pouce gauche. Ulcération fistuleuse depuis quelques jours, à l'extrémité inférieure de la première phalange.

23 décembre. Grattage de la fistule et de la cavité osseuse. La phalange est bourrée de gaze iodoformée.

Le 25 janvier. Bon état, il n'y a plus qu'une petite surface granuleuse.

Le 31. Cicatrisation à peu près complète.

C. — tuberculose articulaire

1° — *Injections antiseptiques.*

Obs. LVIII. — *Tumeur blanche du genou. — Ponction et injections intra-articulaires à l'acide phénique à 25 0/0. — Mort de tuberculose généralisée.* (Prof. Sacré. Journ. méd. Bruxelles, 1889.)

Enfant de 12 ans, entre le 16 mars pour tumeur blanche du genou. Tuberculose pulmonaire. Immobilisation.

12 avril. Epanchement articulaire. Ponction et injection d'une solution d'acide phénique à 25 0/0. Compression.

Huit jours après, l'épanchement a diminué, puis disparaît.

Après une amélioration de courte durée, la tumeur blanche fait de nouveaux progrès.

Amputation de cuisse : guérison par première intention. Le malade meurt en dehors de l'hôpital, environ deux mois et demi après l'amputation, de tuberculose généralisée.

Obs. LIX. — *Hydarthrose chronique du genou. — Ponction. — Lavage avec solution phéniquée à 5,2, puis à 5 0/0. — Guérison. — Ankylose.* (J. Boeckel. *De la résection du genou.* Paris, 1889. Obs. VI.)

Broché, Max, 18 ans, entré le 1er octobre 1887 dans mon service (salle 101) pour une hydarthrose chronique liée à la présence d'une arthrite datant de huit mois et traitée en vain par les moyens usuels. La constitution du sujet est mauvaise, il est pâle, amaigri ; la longue durée de l'affection, étant donnée sa complexion chétive, fait craindre le développement d'une arthrite tuberculeuse.

Le 18 octobre, ponction avec gros trocart, comme dans le cas précédent. Evacuation de 150 grammes de liquide légèrement trouble et floconneux. *Lavage avec solution phéniquée à 2,5, puis à 5 0/0,* à la deuxième injection le liquide ressort clair. Pansement iodoformé, maintenu par une bande neuve.

Le 28. Appareil silicaté pendant trois mois.

Le 9 novembre, le malade se lève et marche à l'aide d'une paire de béquilles.

Guérison maintenue depuis lors. Ankylose en rectitude.

Obs. LX. — *Hydarthrose symptomatique d'une arthrite tuberculeuse du genou. — Ponction. — Lavage phéniqué à 2,5 0/0. — Ankylose. — Guérison.* (J. Boeckel. *De la résection du genou.* Paris, 1889. Obs. V.)

V. H..., 23 ans, entre dans mon service (salle 101, hôpital civil), le 10 juin 1885. Hydarthrose symptomatique d'une arthrite du genou, datant de plusieurs mois. Menace de tuberculose pulmonaire. Amaigrissement. Les traitements employés antérieurement ont échoué. Le 15, ponction au côté externe du genou, à l'aide d'un grand trocart, qui pénètre dans l'article au niveau de la face postérieure de la rotule. Évacuation de 105 grammes de liquide louche, renfermant de nombreux grumeaux, et des particules osseuses révélées au microscope. *Lavage phéniqué à* 2,5 0/0 jusqu'à ce que le liquide sorte clair.

Contre mon attente, la réaction est nulle. La question d'arthrotomie qu'on avait soulevée après cette intervention, peut être définitivement écartée au bout de dix jours. A cette date on applique un appareil silicaté pendant deux mois ; quelques jours plus tard, le malade circule avec des béquilles.

A la levée du bandage, raideur du genou ; douleurs, lorsqu'on essaye de faire exécuter des mouvements. Je conseille le repos au lit et installe le membre sur une attelle à pédale pendant six semaines.

Le malade se lève vers le 30 septembre et se promène dans les cours de l'hôpital portant une simple bande de caoutchouc comme unique pansement.

L'ankylose s'établit bien, et trois mois plus tard l'opéré quitte le service. L'affection pulmonaire est en voie d'amélioration.

La guérison s'est maintenue depuis deux ans.

Obs. LXI. — *Arthrite fongueuse du genou. — Injections de chlorure de zinc répétées. — Guérison.* (Prof. Le Fort. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1879.)

D..., François, 25 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 3 février 1879. Il y a quatre ans, douleurs et gonflement du genou droit, marche difficile,

puis impossible. Pointes de feu. Peu de résultats. A la fin de 1878, douleurs et gonflement augmentent. Genou chaud et douloureux au toucher, amaigrissement, perte de l'appétit.

5 février. Immobilisation et compression ouatée.

12 mai. Injection dans le cul-de-sac supérieur avec la seringue de Pravaz, de huit gouttes de sulfate de zinc au dixième, additionné de trois fois son volume d'alcool pur. L'injection cause une légère sensation de cuisson, qui disparaît après un quart d'heure.

Le 16. Nouvelle injection de 16 gouttes dans le cul-de-sac supérieur, quelques gouttes de pus.

Le 18. Ponction : Issue de 30 grammes de pus séreux. Compression.

Le 27. Nouvelle ponction, 30 grammes de pus et de sérosité.

Le 28. Injection de 10 gouttes de la solution alcoolisée de sulfate de zinc dans la partie interne du cul-de-sac synovial.

Le 31. Les régions des injections présentent des duretés diffuses. Le volume du genou a diminué. Nouvelle ponction, 30 grammes de pus, injection de 10 gouttes de la solution de chlorure de zinc.

13, 23, 26 juin. Nouvelles injections de chlorure de zinc.

Le 28. Injection de 5 gouttes de solution phéniquée au 1/20.

3, 11, 17 et 23 juillet. Injections de 5 gouttes de chlorure de zinc.

6 août. Le volume de l'articulation a beaucoup diminué, les douleurs ont disparu. Le malade se lève et se promène, un peu de raideur du genou. Lefort considère ce malade comme à peu près complètement guéri.

Obs. LXII. — *Double arthrite fongueuse du genou, guérison par les injections d'iodoforme aidées de la compression élastique.* (M. Sée. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, p. 457, 1882.)

Jeune fille de 15 ans. Double arthrite fongueuse du genou, ayant débuté 4 mois auparavant : douleurs, gonflement, empâtement diffus.

27 novembre 1881. Injection avec la seringue de Pravaz, dans l'articulation du genou gauche, d'un gramme environ d'une solution saturée d'iodoforme dans l'éther. Douleur très vive qui persiste une journée.

Tuméfaction et rougeur de l'articulation. Ces accidents disparaissent en 4 ou 5 jours. Compression élastique.

Quinze jours plus tard, amélioration notable du genou gauche.

Même opération sur le genou droit : mêmes accidents.

Troisième injection dix jours après la précédente, dans le genou gauche, pas de réaction.

Compression élastique. Traitement général.

Six semaines après le début du traitement, la malade commence à se lever ; les genoux ont beaucoup diminué de volume : la malade marche sans peine.

Obs. LXIII. — *Arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne. — Injection d'éther iodoformé. — Guérison.* (Jæger. *Gaz. méd. de Strasbourg*, p. 1, 1887.)

Une petite fille de 10 ans, chez laquelle s'était développée depuis neuf ou dix mois une arthrite tibio-tarsienne : fluctuation très nette, douleurs très vives, mouvements de latéralité et antéro-postérieurs. Etat général satisfaisant. Première ponction et injection d'éther iodoformé, le 29 mars. Immobilisation du pied sur une attelle à pédale et pansement compressif. Le 5 avril, ou constate une nouvelle accumulation de pus dans l'article, et, outre les mouvements de latéralité, du frottement des surfaces articulaires. Deuxième ponction et injection. Pansement compressif. Le 23 avril, on remplace l'attelle par un appareil plâtré ; la collection purulente a notablement diminué ; la tuméfaction n'est plus que très légère ; les mouvements sont encore étendus, mais on ne sent plus de frottements. On injecte 3 à 4 grammes d'éther iodoformé avec la seringue de Pravaz ; nouvel appareil plâtré. Le 14 juillet, la malade vient se montrer ; on ne trouve plus trace de liquide, pas de douleurs ; les mouvements sont normaux et se font sans frottement.

Obs. LXIV. — *Fongosités tuberculeuses périarticulaires. — Injections d'huile de vaseline iodoformée. — Guérison.* (Laborde. Th., Bordeaux, 1888. Résumée.)

B..., 22 ans, marin. Fongosités périmalléolaires, développées à la suite d'une entorse, trois mois auparavant. Le 9 mai 1887, entrée pour empâtement et douleurs de la région du cou-de-pied. Immobilisation sans résultat.

Le 5 juin, la peau est rouge et amincie, masse fongueuse au-dessous de la malléole. Mouvements du pied gênés, douloureux. Atrophie de la jambe. Injection interstitielle de 5 gouttes d'huile de vaseline iodoformée en avant et au-dessous de la malléole interne.

10 juin. Injection en avant de la malléole.

Le 14. 3e injection sous-cutanée.

Le 24. Léger empâtement. Peau épaisse et forte. Les mouvements du pied sont libres, le malade ne souffre plus.

6 juillet. Injection sous-cutanée dans la région inter-médiotarsienne.

Le 11. 5e injection.

Le 17. Le gonflement et la douleur ont disparu. Peau sèche et souple. Plus de douleurs, mouvements libres : le malade marche.

Le 28. Guérison.

Le 10 novembre. Le malade a repris son service.

Obs. LXV. — *Tumeur blanche du genou. — Injections éthéro-iodoformées, interstitielles et intra-articulaires pendant huit mois. — Guérison.* (Dupin. *Gaz. des hôp. Toulouse,* 1888. Obs. résumée.)

Mme X..., 37 ans. Tumeur blanche du genou, vue pour la première fois le 7 avril 1886.

10 avril. Pointes de feu profondes : issue de pus.

Le 16. 3 injections intra-articulaires interstitielles d'éther iodoformé.

Le 22. 3 injections.

Le 27. Injections intra-parenchymateuses : vives douleurs.

2 mai. Redressement du membre sous le chloroforme : 3 injections, appareil plâtré.

Le 4. Injection. Les 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, injections. En juin, 11 séries d'injections. En juillet, 10 séries d'injections. En août, 16 injections en 5 séances. Le 20, la malade marche avec son appareil plâtré et des béquilles. En septembre, 9 injections en 3 séances. Le 20, levée de l'appareil plâtré. En octobre, 12 injections en 4 séances.

En janvier 1887, la malade monte à l'aide d'une canne.

En avril : marche facile, sans douleur, amélioration considérable de l'état général. Le genou est un peu malade.

Obs. LXVI. — *Tumeur blanche du genou, chez un enfant de onze ans. — Injections éthéro-iodoformées pendant 6 mois. — Guérison.* (Dupin. *Gaz. des hôp. Toulouse,* 1888. Obs. résumée.)

Enfant de 11 ans, entré le 5 août 1886. Tumeur blanche du genou. Pointes de feu. Immobilisation de l'articulation.

10 octobre. Injections d'éther iodoformé. A partir de ce moment, jusqu'au 25 décembre, injections tous les deux jours, puis à partir du 25 décembre injections deux fois par semaine.

Du 1er janvier au 10 avril 1887, une seule injection par semaine (3 par séance). Ces injections ont toujours été fort douloureuses.

10 mai. Eschare sèche.

25 avril Le malade marche ; raideur du genou.

5 mai 1888. Ankylose rectiligne. Raccourcissement de trois centimètres. L'enfant marche bien ; bon état général.

Obs. LXVII. — *Arthrite tuberculeuse du genou. — Injection d'éther iodoformé. — Guérison au bout de trois mois.* (Dupin. *Gaz. des hôp. Toulouse,* 1888. Obs. résumée.)

Enfant de 10 ans ; il y a deux ans une chute sur le genou gauche.

Entré le 27 novembre 1887. Arthrite tuberculeuse du genou, flexion de la jambe sur la cuisse. Redressement forcé de la jambe sous le chloroforme.

En janvier 1888, injections d'éther iodoformé tous les deux jours, les injections intra-articulaires alternant avec les injections interstitielles.

Le 23. Diminution notable du volume du genou.

12 avril. Suppression des injections. Volume de l'articulation très diminué. Raccourcissement d'un centimètre. État général excellent.

Fin mai. Le malade marche.

Fin juin. Excellent état.

Obs. LXVIII. — *Arthrite fongueuse du coude. — Injections d'huile iodoformée. — Guérison.* (Wendelstadt. *Centrabl. f. Chir.*, 1889.)

Femme âgée de 44 ans, entre le 31 janvier 1889. Arthrite fongueuse du coude droit. Gonflement et douleurs ont augmenté. Circonférence du coude malade : 28 cent. et demi. Coude sain, 25 cent. Pas de fistule. Ankylose complète à 120°. Main œdématiée, immobile ; pas de mouvements de pronation ni de suppination. Quatorze injections d'huile iodoformée, on en fait une tous les 15 jours, elles ont produit à la fin juin une amélioration très notable et presque complète : le volume du coude est à peu près normal. Les mouvements de pronation et de supination sont rétablis ; le coude a repris ses mouvements. La malade se livre sans fatigue à de rudes travaux.

Obl. LXIX. — *Tumeur blanche du poignet. — Injections d'huile iodoformée. — En voie de guérison.* (Wendelstadt. *Centralbl. f. Chir.*, 1889, p. 665.)

Homme de 45 ans, souffre de tuberculose de l'articulation radio-carpienne droite depuis le mois d'octobre 1888. Jusqu'à présent, l'immobilisation, avec un appareil plâtré, n'a rien produit ; les douleurs et le gonflement ne font qu'augmenter.

Entré à l'hôpital le 30 janvier 1889. En avant et en arrière de l'articulation, abcès volumineux de la grosseur d'un œuf. Mouvements de latéralité très marqués de l'articulation ; grande sensibilité à la pression. Quatre injections d'huile iodoformée jusqu'au 20 février. Après la troisième injection, température du soir, 39°,5 ; le lendemain, 38°,2. Les jours suivants, température normale. Après la quatrième injection, le malade amélioré, quitte l'hôpital pour venir à la consultation externe, ce qu'il néglige de faire pendant un mois. A son retour la main est dans un état aussi mauvais que la première fois ; les abcès sont reformés. Tous les huit jours, injections d'huile iodoformée. Au commencement du mois de mai, amélioration rapide. Depuis sa rentrée, 16 injections ont été faites ; les doigts commencent à se mouvoir, l'articulation est presque normale, pas de sensibilité à la pression. Empâtement indolore de la face dorsale de la main. Depuis quelques jours, bains de main, qui facilitent les mouvements.

2° — *Arthrotomie.*

Obs. LXX. — *Hydarthrose tuberculeuse du genou droit. — Synovectomie partielle. — Lavage à l'acide phénique au 20e. — Guérison.* (Koenig. *Tub. des os et articul.*, 1885.)

M. K. G., employé de la poste, entre à l'hôpital le 1er août 1882. Depuis un an, douleurs au genou droit, douleurs pendant la marche, épanchement articulaire peu abondant. Tuberculose au sommet du poumon gauche au 1er degré.

Arthrotomie, excision de la synoviale épaissie et fongueuse, avec des nodules tuberculeux. Lavage avec solution phéniquée. Drainage. Guérison rapide.

Malade revu un an après ; genou sain, non douloureux, pas de gonflement. Amélioration considérable de l'état général.

Obs. LXXI. — *Hydarthrose tuberculeuse du genou. — Lavage à la solution d'acide phénique à 5 0/0. — Pulvérisation iodoformée. — Guérison.* (Koenig. *Tub. des os et articul.*, 1885.)

Le 13 février 1882, on admet à l'hôpital un maçon bien portant et vigoureux. Depuis un an, souffre du genou droit, sans cause apparente. A son entrée, genou volumineux, épaissi; mouvements douloureux.

Arthrotomie : synovie trouble, synoviale épaissie renferme des nodules tuberculeux. Excision partielle ; lavage avec la solution phéniquée à 5 0/0 ; synoviale grattée avec de l'iodoforme. Quatre semaines après, le malade quitte l'hôpital avec une articulation dégonflée et mobile. Un an et demi après, le genou est mobile, plus douloureux ; un épanchement articulaire modéré.

Obs. LXXII. — *Arthrite chronique du genou. — Deux ponctions simples ; insuccès. — Arthrotomie. — Lavage articulaire avec chlorure de zinc au 1/20, puis avec la solution forte 5 0/0 ; iodoforme projeté dans l'articulation. — Guérison parfaite. — Mouvements du genou étendus.* (J. Boeckel. *De la résection du genou.* Paris, 1889. Obs. VII.)

Fille publique, 19 ans, ancienne syphilitique, entre à la Maison de santé israélite le 15 septembre 1884. Arthrite datant de huit mois, consécutive à une couche. Menace de phtisie ; craquements suspects au sommet du poumon droit depuis deux mois.

Traitement de l'arthrite, au début, par les moyens ordinaires ; traitement antisyphilitique plus tard ; le tout sans résultat. Le genou se remplit peu à peu de liquide.

Première ponction avec gros trocart, le 16 septembre.

Évacuation de 95 grammes de liquide trouble, qui se reproduit au bout de huit jours et nécessite une *deuxième ponction* le 24. *Reproduction de la collection.*

Arthrotomie, *le 3 octobre.* — Chloroformisation. Pas de tube d'Esmarch. Deux incisions latérales de 6 centimètres et une incision de décharge à l'extrémité supérieure du cul-de-sac sous-tricipital. Cette dernière mesure 3 centimètres. Un flot de pus s'écoule par ces différentes ouvertures ; il contient des grumeaux et des particules solides cartilagineuses. Cautérisation avec *chlorure de zinc au* 1/20, qui détache des fongosités et des débris de membrane synoviale, désinfection complémentaire avec la *solution forte* 5 0/0. Pas de réunion, drainage avec trois bouts de tubes. *Iodoforme projeté dans l'article.* Pansement iodoformé ordinaire. Immobilisation sur une attelle à pédale.

Le 10. *Premier et unique pansement.* Pas une goutte de pus. Enlèvement définitif des drains. Apyrexie pendant toute cette période.

Le 20. Cicatrisation définitive. Bourgeons charnus exubérants, qu'on réprime avec le crayon. Bandage silicaté pendant six semaines. L'opérée se lève au bout de quelques jours et marche avec des béquilles. Exeat le 15 novembre.

Le 2 décembre, enlèvement de l'appareil. La flexion atteint l'angle droit, mais ne le dépasse pas. L'état général s'est amélioré ; les craquements du poumon tendent à disparaître.

Guérison parfaite, constatée au bout de quatre ans et demi.

Mouvements du genou étendus. État général des plus satisfaisants.

Obs. LXXIII. — *Coxalgie tuberculeuse aiguë suppurée. — Arthrotomie. — Irrigation avec acide phénique à 5 0/0. — Guérison.* (Weiss. *Revue méd. Est*, 1889. Obs. résumée.)

Première opération, 13 juillet 1888. Abcès périarticulaire, incision; lavage avec la solution phéniquée forte. Fistule articulaire.

Deuxième opération, 2 août. Arthrotomie : pus abondant. 2 drains.

Contre-ouverture postérieure. Irrigation avec acide phénique à 5 0/0. Pansement antiseptique ouvert.

1er octobre. Guérison. Le malade marche.

1er mars 1889. État général excellent. Guérison maintenue.

Obs. LXXIV. —*Synovite fongueuse suppurée du cul-de-sac sous-tricipital du genou.* (J. Boeckel. *Chir. antis.*, 1882.)

Jeune fille de 15 ans. Opérée le 6 janvier 1880.

Arthrotomie. Désinfection avec la *solution de chlorure de zinc* 1/10. *Lavage phéniqué.* Drainage. Pansement de Lister. Guérison en quatre semaines avec conservation des mouvements.

Obs. LXXV (personnelle, inédite). — *Arthrite tuberculeuse suppurée du genou. — Arthrotomie. — Irrigation au biiodure de mercure. — Guérison.*

J..., Paul, imprimeur, 19 ans, entre le 16 mars 1887, à l'hôpital St-Antoine, salle Velpeau, 60, service de M. le Dr Monod. Il y a 5 ou 6 ans, contusion du genou gauche, depuis lors douleurs et gonflement.

En 1884, le malade entre à l'hôpital St-Louis : on immobilise le genou malade, pointes de feu, vésicatoires.

En février 1887. Les douleurs et le gonflement du genou qui augmentent après des fatigues obligent le malade à prendre du repos.

A son entrée : Le genou gauche est volumineux, globuleux, empâtement des culs-de-sac synoviaux ; le membre est en demi-flexion.

Les mouvements sont difficiles et augmentent les douleurs.

Tuberculose pulmonaire manifeste, mais peu avancée.

13 avril. Le malade sort de l'hôpital. Il revient le 10 juillet.

20 juillet. Arthrotomie : incision latérale externe. Pus abondant. Irrigation au *biiodure de mercure.* Drain.

Pansement iodoformé, compressif.

20 septembre. Immobilisation dans un appareil silicaté.

5 novembre. Le malade va à Vincennes. Le genou est en bon état. Un peu de raideur dans les mouvements. Amélioration de l'état général.

Obs. LXXVI. — *Arthrite fongueuse du genou gauche. — Arthrotomie. Lavage au sublimé. — Guérison.* (Sendler. *Deutsche Zeitschrift f. chir.*, 1888, XXVII. Obs III.)

Femme de 29 ans, entrée le 16 mars 1884. Arthrite fongueuse du genou gauche. Cause inconnue. Début 6 semaines. Insuccès d'un traitement antirhumatismal.

A son entrée : femme vigoureuse, état général bon, genou très gonflé un peu rouge, fluctuation élastique. Douleurs très vives au moindre contact. Immobilisation, glace. Résultat nul.

18 mars. *Arthrotomie* : incision longue de 7 centimètres, à la partie interne du genou. Issue de sérosité en petite quantité. Synoviale épaissie et infiltrée. Les parties osseuses paraissent saines *Lavage à la solution de sublimé à* 1/1000. Pas de drain.

Pansement : gaze iodoformée. Compression. Immobilisation.

La douleur diminue. Pas de fièvre. État général bon.

Le 24. Pansement : réunion, genou gonflé non douloureux à la pression.

Aux premiers essais de mobilisation active, les douleurs reparaissent. Appareil plâtré : cessation des douleurs.

Exeat avec son appareil le 16 mai. La malade n'est pas revue.

Obs. LXXVII. — *Arthrite tuberculeuse aiguë suppurée. — Arthrotomie.— Lavage au sublimé. — Guérison.* (Sendler. *Deutsche Zeitschrift f. chir.*, 1888. Obs. IV.)

Enfant de 3 ans, entré le 18 juin 1884. Arthrite tuberculeuse aiguë suppurée. Très bien portant jusqu'à il y a 3 semaines. A son entrée : Un peu de gonflement, un peu de douleur du genou gauche. Téguments sains. Température normale à la fin de la première semaine, rougeur au niveau du genou. Épanchement peu abondant, mais évident. Un peu de fièvre : 38°,4 dans la soirée du 25 juin.

26 juin. *Arthrotomie* : 2 incisions longitudinales latérales, issue d'une grande quantité de pus sans fétidité. Synoviale épaissie, infiltrée. Les extrémités osseuses sont saines. *Lavage avec une solution de sublimé à* 0,50/1000. 2 petits drains.

Une attelle avec un coussin.

Pas de fièvre. 4e jour : pansement. On enlève les drains.

Le 13 juillet, c'est-à-dire 3 semaines après l'opération, l'enfant sortit de l'hôpital avec les mouvements du genou presque normaux. Quelques jours après, l'articulation était mobile.

Obs. LXXVIII. — *Arthrite tuberculeuse commençante — Arthrotomie — Gaze iodoformée. — Guérison complète sans ankylose.* (Callioüzis (d'Athènes). *Rev. de chir.*, 1887.)

Il s'agit d'une dame de province, P..., âgée d'une trentaine d'années, qui a joui toujours d'une excellente santé ; réglée bien régulièrement depuis sa quinzième année, elle fut mariée, il y a sept ans, et eut trois couches à terme, la troisième il y a sept mois, avec des suites très physiologiques.

Le huitième jour après le troisième accouchement, elle a commencé à se plaindre de l'articulation du genou gauche ; le médecin appelé, ordonna un large vésicatoire sur ladite articulation, puis cinq autres appliqués coup sur coup ; pendant tout ce temps-là, pas d'amélioration, mais au contraire les douleurs augmentaient, l'articulation se gonflait de plus en plus. C'est dans cet état qu'elle vint à Athènes pour me consulter.

Quand j'ai vu la malade au mois de juillet, elle avait le membre en extension ; elle souffrait pour plier la jambe ; fluctuation très nette, surtout au côté interne, soulèvement de la rotule, fièvre vers le soir : 38°,2. Rien du côté des poumons. En présence de ces symptômes j'ai cru avoir affaire à une arthrite suppurée, et je me proposai de pratiquer l'évacuation et le lavage antiseptique de l'articulation avec l'aide de l'aspirateur de Potain.

L'aspiration faite avec le trocart n° 3 de Potain, au lieu d'obtenir du pus, c'étaient des fongosités extrêmement molles qui sortaient, ce qui

me fit changer de diagnostic, et, voulant intervenir plus radicalement, je proposai l'arthrotomie, comme la seule ressource de guérison.

A cette époque je vis la malade en consultation avec M. le professeur Meiggines et M. le docteur Galvani, chirurgien de l'hôpital de « l'Annonciation », qui eux aussi, après examen attentif de l'articulation malade, ont déclaré l'arthrotomie comme s'imposant.

Au commencement du mois d'août, avec le concours bienveillant de trois confrères, je pratiquai donc l'arthrotomie.

Anesthésie par le chloroforme, bande d'Esmarch (modifiée par M. Nicaise), pas de spray.

Par une incision verticale d'une longueur de 8 centimètres j'ouvris l'articulation du côté interne : aussitôt les fongosités extrêmement molles, qui donnaient une pseudo-fluctuation, sortirent de la plaie ; avec l'index gauche introduit dans l'articulation, je sentis la synoviale tapissée de fongosités, surtout la moitié interne. Raclage avec la curette tranchante de Volkmann, *lavage antiseptique,* curage de l'articulation avec la *gaze iodoformée* (30 0/0) et pansement avec l'iodoforme et une couche d'ouate très épaisse par-dessus; immobilisation complète dans une gouttière. Pendant tout le temps de l'opération, l'antisepsie fut rigoureuse.

Les suites de l'opération furent des plus simples, les premiers jours le thermomètre n'a jamais monté à plus de 38°,2, puis il y eut une apyrexie complète.

Le 30e jour après l'opération, la malade quittait le lit en marchant parfaitement bien et gardait *tous* les mouvements de l'articulation sans aucune raideur.

Obs. LXXIX (inédite).—*Synovite fongueuse du genou.—Arthrotomie. — Lavage avec la solution de sublimé à* 1 *p.* 1000. — *Poudre d'iodoforme dans l'articulation. — Guérison avec conservation des mouvements* (1).

Marie Q .., 19 ans, entre le 29 novembre 1889, à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Berger, salle Denonvilliers, 9. Les parents de cette malade sont bien portants. Un de ses oncles maternels est mort à 22 ans de tuberculose pulmonaire. Elle a quatre frères et une sœur qui jouissent d'une bonne santé. Dans son enfance, elle n'a présenté aucun symptôme de scrofule. Elle est arrivée à Paris en 1884.

En août 1887, elle fait une chute sur le genou droit, qui devient rapidement douloureux, et quelques jours plus tard on constate de l'hydarthrose.

(1) Cette observation m'a été fort obligeamment offerte par M. le Dr P. Berger, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, et communiquée par mon excellent collègue et ami Canniot, interne du service.

Peu de temps après, conjonctivite de l'œil gauche et écoulement vaginal. En septembre 1887, elle entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Berger. L'hydarthrose a beaucoup augmenté, la marche est difficile, douloureuse, la conjonctivite persiste.

Traitement : Repos au lit, teinture d'iode, pansement ouaté et injections vaginales au sublimé. Pendant son séjour à l'hôpital, apparition d'une adénite cervicale gauche.

En novembre 1887, la malade quitte l'hôpital améliorée, mais non guérie.

Peu de temps après, le genou redevient douloureux et l'épanchement considérable. Le ganglion cervical augmente de volume.

En juillet 1888, le ganglion suppure : l'abcès est ouvert, gratté et drainé par M. L. Championnère. Guérison fin août.

Pendant l'été de 1888, le genou est peu douloureux et la marche possible malgré la persistance de l'épanchement.

En octobre 1888, réapparition des douleurs qui depuis n'ont plus cessé.

Le 29 novembre 1889, la malade entre dans le service de M. Berger, à l'hôpital Lariboisière ; la marche est gênée ; les mouvements du genou sont possibles, mais douloureux ; la jambe est dans un léger état de flexion sur la cuisse.

Pas de subluxation du membre en arrière, ni de rotation en dehors. Il existe une augmentation de volume de l'articulation du genou, due à l'épanchement. Par la palpation, on détermine une sorte de crépitation semblable à celle des kystes à grains riziformes. Les extrémités osseuses ne paraissent pas augmentées de volume. La santé générale est bonne ; pas de tuberculose pulmonaire ni d'albumine dans l'urine.

Le 4 décembre 1889, M. Berger pratique l'arthrotomie sous le chloroforme : incision externe et verticale de 7 centimètres. Sortie d'un liquide séreux, filant, assez épais, louche. Synoviale rouge, vascularisée, fongueuse, fortement épaissie. Ces fongosités saignent au moindre contact. Pas de lésions osseuses. Lavage de l'articulation au sublimé à 1 p. 1000. Dépôt dans l'articulation d'un gramme de poudre d'iodoforme. Réunion complète sans drainage. Pansement : appareil plâtré.

Les 4 premiers jours, la température du soir a dépassé 38°. Mais pas de douleurs dans le membre. Bientôt tout se calme et la température redevient normale.

Le 23. Premier pansement : ablation des sutures. Réunion complète par première intention. Disparition complète de l'épanchement.

Le 6 janvier, la malade se lève, plie le genou et marche sans souffrir.

Le 11 janvier 1890, elle sort guérie, absence complète d'épanchement dans le genou.

3° — *Arthrectomie.*

Obs. LXXX. — *Tumeur blanche tarso-métatarsienne. — Grattage, évidement. — Baume du Pérou. — Guérison.* (F. Sayre. *Orthopédie*, trad. franç., 1887, p. 159. Obs. résumée.)

C. D., 4 ans. Tumeur blanche tarso-métatarsienne. Pied en équin. Redressement.

9 avril. Grattage, évidement du scaphoïde ; baume du Pérou et oakum. Pansement compressif.

20 juin. Cicatrisation. Compression continue.

12 août. L'enfant marche sans souffrance. Légère tendance au valgus.

1er novembre. Santé parfaite, aucune difformité.

Obs. LXXXI. — *Synovite chronique du genou suppurée. — Résection partielle. — Baume du Pérou. — Guérison.* (Sayre. *Orthopédie.*, trad. franç., 1887, p. 189. Obs. résumée.)

Thomas B..., 3 ans 1/2. Tumeur blanche du genou ayant débuté à 2 ans. Suppuration, fistule. Arthrotomie. Grattage du condyle externe du fémur et de la rotule. Lavage de l'articulation à l'eau chaude, drainage avec des tentes d'oakum imprégnées de baume du Pérou. Suppuration pendant quelques mois. L'année suivante (1854), guérison complète de l'arthrite ; mais la subluxation du tibia en arrière et en haut, qui existait au début, a persisté. Atrophie des muscles du jarret. Redressement forcé. Immobilisation. Guérison avec conservation des mouvements du genou et raccourcissement de 2 centimètres.

Obs. LXXXII. — *Synovite suppurée du coude. — Baume du Pérou. — Guérison.* (Sayre. *Loc. cit.*, p. 296.)

John, 40 ans. Chute sur le coude droit un an auparavant. Arthrite tuberculeuse suppurée. Arthrotomie, rugination de la partie interne de la trochlée. Baume du Pérou et oakum. Guérison avec conservation des mouvements.

Obs. LXXXIII. — *Ostéo-arthrite tuberculeuse du coude. — Extirpation de la capsule fongueuse. — Pansement avec la gaze au baume du Pérou.* (Vamossy. *Wiener med. Presse*, 1889.)

Joseph Sch., 14 ans, entré le 3 avril. Malade depuis un an. Le coude gauche est gonflé, œdématié. Veines superficielles dilatées. Abcès au niveau de l'épicondyle, long de 5 cent., large de 2. Mouvements limités.

4 avril. Résection de l'olécrâne, d'après Bruns. Extirpation de la sy-

noviale fongueuse. Résection de 2 cent. de l'extrémité supérieure du radius, complètement cariée. Suture de l'olécrâne au fil d'argent.

Pansement au baume du Pérou.

Le 12. 2e pansement. Léger suintement. Réunion avancée. Bourgeonnement exubérant au niveau de la plaie du radius.

Le 16. Suppuration abondante. Bon bourgeonnement. Pansement fétide.

Le 20. Suppuration. Pansement tous les 3 jours. La suppuration diminue.

Le 30. Le bourgeonnement de la plaie de l'épicondyle continue. Suintement d'un peu de liquide visqueux et fade. Pas de fièvre.

Obs. LXXXIV. — *Arthrite fongueuse du genou gauche. — Extirpation de la synoviale. — Gaze au baume du Pérou. — Guérison.* (Vamossy. *Wiener med. Presse,* 1889.)

B..., Ed., 32 ans. Entrée le 26 février. Arthrite fongueuse du genou gauche remontant à un an.

2 mars. Extirpation de la synoviale, incision de Textor. Ablation des cartilages intra-articulaires et de la surface cartilagineuse des os. Grattage d'un foyer tuberculeux, du volume d'une noisette, situé dans la rotule. Quelques gouttes de baume du Pérou au niveau des parties grattées. Réunion et drainage. Pansement avec la gaze au baume du Pérou.

Le 4. Pas d'albuminurie, les urines sont sédimenteuses.

Le 7. Pansement. Pas de fièvre, suintement visqueux et fade par le drain.

Le 15. Pansement. Réunion parfaite. On enlève le drain et on le remplace par une mèche de gaze au baume du Pérou.

Le 21. 3e pansement. Peu de suintement. Cicatrisation complète sauf au niveau du drain. La malade peut lever la jambe. Mouvements passifs peu étendus.

Le 29. 4e pansement. Un peu de sérosité par le drain. Pommade boriquée.

15 avril. Par l'orifice du drain, quelques gouttes d'un liquide trouble.

Obs. LXXXV. — *Arthrite fongueuse de la hanche. — Arthrectomie. — Irrigation au bismuth à* 10 0/0. — *Guérison.* (Kocher. *Volkmanns Sammlung Klin. Vort.*, nov. 1882, obs. résumée.)

Jacob M,.., 6 ans. Depuis février 1882, souffre de la jambe droite. La douleur se localise à la hanche. Boiterie. Cuisse en flexion et rotation en dehors. Mouvements très douloureux.

29 juin 1882. Arthrotomie. Dans la partie antérieure de la tête fémorale, foyer caséeux circonscrit : évidement et grattage avec la cuiller tranchante. Irrigation au bismuth à 1 0/0. Plaie laissée ouverte.

2 mois après cicatrisation, sauf une petite zone de bourgeons charnus. L'enfant soulève la cuisse, la porte en abduction et adduction. Exeat.

Obs. LXXXVI. — *Arthrite fongueuse de la hanche. — Arthrectomie. — Irrigation au bismuth à* 10 0/0. — *Guérison* (Kocher. — *Volkmanns Sammlung Klin. Vort.* Nov. 1882, obs. résumée.)

C. W., 4 ans, souffre depuis 8 mois. Arthrite fongueuse de la hanche développée consécutivement à un foyer caséeux de la partie antérieure de la tête fémorale.

13 mai 1882. Arthrotomie, incision antiseptique. Extraction d'un séquestre, grattage à fond des os et de la capsule. Irrigation complète avec la solution de bismuth à 10 p. 0/0. Suites très bonnes. Apyrexie complète. Un mois et demi après, plaie fermée, mouvements peu étendus.

Obs. LXXXVII. — *Synovite fongueuse suppurée du cul-de-sac supérieur du genou.* (J Boeckel. *Chir. antisept.*, 1882, résumée.)

Jeune fille de 21 ans. Opération le 16 avril 1879. Incision, grattage de la synoviale. Lavage à la *solution phéniquée forte.* Pansement phéniqué. Guérison avec conservation des mouvements.

Obs. LXXXVIII. — *Arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne. — Arthroxesis. — Irrigation phéniquée. — Guérison avec fistule.* (Piéchaud. *Malad. chir. enfance*, 1888, Bordeaux ; obs. résumée.)

Enfant de 6 ans ; 3 mois avant son entrée à l'hôpital, entorse tibio-tarsienne. Arthrite tuberculeuse. Incision en L sur la malléole externe, résection sans périoste de cette épiphyse ; grattage avec la curette de Volkmann des fongosités. Pendant le raclage, injections phéniquées. Rugination du tibia, raclage du trajet fistuleux. Lavage à l'eau phéniquée au 50/1000e. (Bande d'Houzé de l'Aulnoit). Sutures, drainage Pansement iodoformé. Guérison avec fistule. Cinq mois après, bon état, un peu de mobilité dans l'articulation. Pas de douleurs.

Obs. LXXXIX. — *Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. — Arthrectomie synoviale, évidement osseux. — Eau phéniquée. — Guérison.* (Pollard. *Lancet*, I, 1888, résumée.)

Enfant de 5 ans, admis le 5 mai 1887. Arthrite tuberculeuse du genou droit consécutive à une contusion quinze mois auparavant. Pas d'abcès.

4 juin. Arthrectomie, incision en U, synoviale épaissie, fongosités recouvrent les cartilages. Abcès tuberculeux dans la tubérosité externe du tibia. Articulation tibio-péronière envahie, cartilage articulaire peu

malade, synoviale en partie caséeuse. Excision de toute la synoviale, du cul-de-sac supérieur. Excision des cartilages intra-articulaires. Ablation de la tête du péroné. Grattage du foyer tuberculeux de l'extrémité supérieure du tibia. Lavage à l'*eau phéniquée*. Suture du tendon rotulien au catgut. Sutures. Pansement phéniqué. Immobilisation. Elévation du membre pendant 24 heures. Trente et un jours après l'opération, pansement ; cicatrisation sauf à la place du drain. Guérison absolue le soixante-neuvième jour. Appareil de Thomas jusqu'au soixante-treizième jour.

En mars 1888, genou sain. Bon résultat.

Obs. XC. — *Synovite tuberculeuse du genou. — Arthrectomie synoviale. — Eau phéniquée. — Guérison.* (Pollard. *Loc. cit.*, résumée).

W. C. S., 4 ans. Un an avant son admission, traumatisme du genou gauche ; à la suite douleurs articulaires, gonflement. Appareil de Thomas pendant 6 mois.

17 septembre 1887. Arthrotomie : fongosités dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale et au-devant du fémur. La partie inférieure de l'articulation et les cartilages articulaires sont sains. Dissection et excision de la synoviale. Lavage à l'*eau phéniquée*. Sutures. Élévation du membre. Le trente-neuvième jour, guérison complète.

26 novembre. Scarlatine.

L'enfant est revu le 3 avril 1888, l'articulation est saine, les mouvements sont libres.

Obs. XCI. — *Synovite tuberculeuse du genou. — Arthrectomie. — Eau phéniquée. — Guérison.* (Pollard. *Loc. cit.*, résumée.)

F. W., 3 ans, entrée le 11 mai 1887. Enfant chétif. Souffre du genou depuis 6 mois. Parents tuberculeux.

6 août 1887. Arthrectomie. Excision de la synoviale et des ligaments articulaires, grattage avec la curette des cartilages articulaires. Lavage à l'*eau phéniquée*. Drainage avec gaze phéniquée. Pansements les huitième, dix-septième et trente-deuxième jours (l'enfant salissait ses pansements). Trente-neuvième jour, cicatrisation complète. Appareil plâtré. Revu le 14 mars 1888, genou guéri.

Obs. XCII. — *Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. — Arthrectomie. — Eau phéniquée. — Guérison.* (Pollard. *Loc. cit.*, résumée.)

Heller, 3 ans, 28 février 1888. La maladie avait commencé en mai 1887 Un appareil de Thomas avait été appliqué en août 1887. Scarlatine en décembre. A son entrée, genou fléchi à angle droit. Le tibia est subluxé en arrière. L'appareil avait été enlevé à l'hôpital des fiévreux.

2 mars 1888. Arthrectomie. Dissection et excision de la capsule et des cartilages articulaires. Grattage d'un foyer caséeux. Les restes des cartilages articulaires furent enlevés ; les ligaments croisés, nettoyés et laissés. Hémostase et drainage. Suture de la rotule avec de la soie forte. *Eau phéniquée.* Pansement boriqué. Immobilisation avec attelles de métal. Le vingt et unième jour, réunion sauf au niveau des drains. Le trente et unième jour, guérison absolue. Appareil de Thomas.

Obs. XCIII. — *Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. — Arthrectomie synoviale. — Evidement d'un condyle. — Eau phéniquée. — Guérison.* (Pollard. *Loc. cit.*, résumée.)

T..., L., 5 ans, admis le 28 janvier 1888. Souffre du genou depuis 5 mois; deux mois avant son entrée, abcès à la partie antérieure de l'articulation. Antécédents tuberculeux : à l'admission, tuméfaction considérable du genou, flexion de la jambe à angle droit.

21 janvier. Arthrectomie, synoviale très altérée et excisée. Volumineux foyer tuberculeux dans le condyle interne, rugination. Les ligaments et les cartilages articulaires sont nettoyés; on pratique une ouverture dans le condyle interne pour le drainage, abrasion des cartilages inter-articulaires. *Lavage phéniqué.* Pansement à l'acide borique en poudre. Le 40e jour, suppression des drains. 59e jour, cicatrisation, sauf une surface granuleuse sur le condyle interne. Petit abcès au milieu de la cicatrice : incision, grattage, on enlève un fil de soie, qui avait servi pour la suture de la rotule.

En avril, guérison absolue.

Obs. XCIV. — *Tumeur blanche du genou avec abcès. — Arthrotomie. — Eau phéniquée. — Guérison après suppuration.* (Pollard. *Loc. cit.*, résumée.)

W...., H., 7 ans, admis le 30 avril 1887. Souffre du genou gauche depuis 3 ans 1/2, à la suite d'une chute. Immobilisation et appareil de Thomas. A son entrée : Tuméfaction du genou et abcès au-dessus de la tête du péroné. 7 mai 1887 : arthrotomie : évacuation de l'abcès et grattage, excision des cartilages altérés. *Eau phéniquée.* Pas de drain, pansement compressif. Elévation du membre. Temp. 104°,2 F. Le jour suivant, on met des drains dans l'articulation, la température tombe. Arthrite suppurée. Bourgeonnement. Guérison le 27 juin.

Obs. XCV. — *Synovite tuberculeuse du genou. — Arthrectomie. — Lavage phéniqué. — Guérison. — Infection générale.* (Pollard. *Loc. cit.*, résumée.)

F..., B., 3 ans, admis le 3 janvier 1888. Souffre du genou depuis novembre 1886. Tuberculose pulmonaire au début. 14 janvier. Arthrectomie.

Lésions étendues de la synoviale, les os paraissent sains. Excision de la synoviale, des ligaments croisés et des cartilages articulaires et intra-articulaires. Hémostase. Lavage phéniqué, drainage avec gaze. Pansement iodoformé. Le 42e jour, pansement, cicatrisation. L'enfant est renvoyé avec un appareil de Thomas le 45e jour.

Revu le 17 avril. Signe de carie vertébrale. La tuberculose pulmonaire a augmenté, un petit foyer tuberculeux sur la cicatrice.

Obs. XCVI. — *Ostéo-arthrite du genou. — Arthrectomie synoviale et osseuse. — Lavage phéniqué. — Guérison.* (Pollard. *Loc. cit.*, résumée.)

T. B., 4 ans, admis le 2 septembre 1887. Depuis le commencement de 1887, gonflement du genou droit. Appareil de Thomas. Douleurs augmentent. Localisations tuberculeuses sur le coude et la hanche.

13 septembre. Arthrectomie du genou droit : excision de la synoviale, grattage des foyers tuberculeux dans les trois os ; surtout dans le condyle externe du fémur, qui est à peu près complètement abrasé. Excision des cartilages intra-articulaires ; grattage des ligaments croisés. Lavage *eau phéniquée.* Drainage avec gaze. 80 jours après l'opération, articulation complètement guérie et non douloureuse, pas de gonflement, légers mouvements. Depuis lors, la hanche droite et le coude gauche ont été opérés ; les deux opérations ont réussi et le genou reste sain.

Obs. XCVII. — *Tumeur blanche du genou. — Arthrectomie partielle. — Solution phéniquée à* 1 0/0. — *Guérison parfaite.* (Ardle. *Dublin med. Journ.*, 1889 ; obs. II résumée.)

Marie H..., 18 ans, entrée le 6 janvier 1885. Tumeur blanche du genou. Immobilisation et pointes de feu sans résultats. Douleur et gonflement articulaires. Arthrectomie. Noyau caséeux et pus grumeleux à la partie externe de la rotule. Grattage, irrigation avec la solution phéniquée à 1 0/0. Pansement antiseptique. La malade guérit sans rechute et un mois après elle quitta l'hôpital avec le parfait usage de son membre.

Obs. XCVIII. — *Ostéomyélite tuberculeuse aiguë de l'extrémité inférieure du tibia. — Perforation du cartilage articulaire. — Synovite suppurée de l'articulation tibio-tarsienne. — Trépanation. — Lavage articulaire avec solution phéniquée à* 1 0/0. — *Guérison.* (Ardle. *Loc. cit.*, obs. III.)

Thomas R..., 19 ans, entre dans mon service le 7 mars 1884. La cheville droite, qui, un mois auparavant avait augmenté de volume et était devenue douloureuse, avait un pouce de plus que la gauche en circonférence. Elle était sensible, rouge. La pression déterminait des élancements remontant jusqu'au tiers supérieur du tibia. Le moindre mouve-

ment de l'articulation provoquait une douleur intense, il ne pouvait endurer la pression de la plante du pied par terre et chaque fois qu'il essayait de laisser porter le poids du corps sur le pied, il éprouvait une violente douleur dans tout le membre. La température locale était plus élevée de 3° que de l'autre côté, frissons fréquents. La température générale était de 99° à neuf heures du matin et de 102°,6 F. à sept heures du soir.

Opération. — Longue incision jusqu'à l'os, décollement du périoste, un large trépan est introduit dans l'os, raclage de pus et de dépôts caséeux, le cartilage était perforé au centre de la surface articulaire ; à travers cette ouverture le pus montait dans le trou fait par le trépan et en faisant jouer l'articulation, il s'en écoula une grande quantité. L'articulation fut lavée avec une solution phéniquée à 1 0/0 chaude. La cavité de l'os fut bourrée de gaze iodoformée, application d'un pansement phéniqué. Pendant deux mois on continua ces pansements en les espaçant de cinq à dix jours. Le gonflement disparut graduellement et la plaie se répara avec des bourgeons de bon aspect. Une après-midi, pendant que la guérison était presque complète, après un exercice un peu prolongé, l'inflammation se mit au point où avait été appliqué le trépan. On appliqua des cataplasmes : issue de pus pendant quelques jours. Depuis ce moment, la guérison s'est maintenue.

Obs. XCIX.— *Tumeur blanche du poignet. — Arthrectomie.— Solution phéniquée forte et chlorure de zinc.* (Leriche, Th., Paris, 1888.)

Fille, 10 ans. Fistule sur le dos du poignet droit. Altérations assez avancées pour qu'un chirurgien distingué ait proposé l'amputation de l'avant-bras. Longue incision dorsale médiane. Peau violacée, déjà profondément altérée sur une grande partie de la face dorsale ; gaines entièrement envahies par les fongosités ; destruction des ligaments dorsaux de l'articulation ; carie des os du carpe, du cubitus et du radius. Ablation de tout le carpe à la cuiller tranchante. Section des extrémités radiale et cubitale à 3 centimètres de l'interligne du poignet ; évidement en tuyau de la diaphyse du cubitus, sur une hauteur égale. Curage soigneux des parties molles qui ne se fait pas sans difficulté, surtout dans la profondeur et donne lieu à la section des tendons extenseurs des doigts, qui sont suturés au catgut, après grattage. *Lavage à la solution phéniquée forte et au chlorure de zinc au* 1/10. Suture superficielle, drainage, pansement iodoformé. La main qui pend au bout des extrémités osseuses de l'avant-bras, dont elle est séparée par une distance de 6 centimètres, est immobilisée dans l'axe de celui-ci par une attelle plâtrée antérieure. On ne cherche pas à opérer le rapprochement, que la tonicité musculaire doit produire suffisamment. Suites immédiates très simples. Température normale. Mais la peau tuberculeuse s'ulcère au niveau des points de suture, et ce n'est qu'au bout de deux mois que

la cicatrisation est complète, bien qu'il n'y ait pas eu de suppuration profonde. Actuellement, l'opération date de dix-neuf mois. Il n'y a ni gonflement, ni sensibilité locale. La main exécute des mouvements bornés de flexion et d'extension sur l'avant-bras. Tous les doigts, notamment le pouce, ont conservé leur intégrité, leur indépendance de mouvements, sauf la flexion des premières phalanges qui est limitée, tout en permettant à l'enfant de serrer assez fortement.

Obs. C. — *Hydarthrose tuberculeuse du genou. — Synovectomie partielle. — Lavage avec l'acide phénique au 1 0/0. — Iodoforme. — Guérison.* (Koenig. *Tub. des os et articul.*, 1885.)

Le 26 mai 1883, on admet à la clinique un menuisier, âgé de 31 ans, qui souffre depuis deux ans du genou droit. Actuellement, genou gonflé, très douloureux, mouvements impossibles. Épanchement articulaire. Ponction : liquide floconneux.

Arthrotomie : écoulement de liquide trouble et de nombreux grains riziformes. Synoviale épaissie. Excision de la synoviale. Lavage avec une solution concentrée d'acide phénique ; l'articulation est grattée et saupoudrée d'iodoforme. Quatre semaines après, guérison. Dix mois après, le genou a son volume normal et est mobile. Le malade a repris ses occupations.

Obs. CI. — *Hydarthrose tuberculeuse du genou. — Synovectomie partielle. — Lavage à l'acide phénique au 20e. — Iodoforme. — Guérison.* (Koenig. *Tub. des os et articul.*, 1885.)

M... X..., 34 ans, a un gonflement du genou gauche, survenu après un traumatisme, un an et demi auparavant.

Arthrotomie : synoviale épaisse, végétante; à l'examen histologique, nombreux tubercules. Excision de la synoviale. L'articulation est lavée à l'eau phéniquée, puis saupoudrée d'iodoforme.

Guérison cinq semaines après. Le malade est revu plusieurs mois après : genou indolent, forme et volume normaux.

Obs. CII. — *Ostéo-arthrite du genou. — Arthrectomie synoviale et osseuse. — Acide phénique et perchlorure de mercure. — Mort. — Pas de généralisation, ni de récidive.* (Pollard. *Loc. cit.*, résumée.)

W. J. C., 3 ans 1/2, admis le 3 janvier. Souffre depuis 6 mois du genou.

12 janvier. — Arthrectomie. Synoviale disséquée et enlevée, ligaments croisés grattés, excision des cartilages intra-articulaires, grattage de foyers tuberculeux dans le tibia et le fémur. *Lavage phéniqué.* Pansement iodoformé. Le lendemain de l'opération, T. 104° F., suintement du

pansement. Pouls rapide, langue sèche. Huit jours après l'opération, on enlève les sutures et la cavité articulaire est ouverte et lavée au *perchlorure de mercure* en solution à 1/2000e et *saupoudrée d'iodoforme;* fomentations boriquées. La température remonte de nouveau. 20 jours après l'opération, convulsions ; le vingt-deuxième jour, nouvel accès, convulsions des membres inférieurs et de la face, mort. Autopsie : pas de méningite, quelques vieux tubercules dans les poumons, aucun tubercule récent. Organes abdominaux sains. La cavité du genou est remplie de bourgeons charnus sains. Les extrémités du fémur et du tibia sont vasculaires et ne contiennent pas de nodules tuberculeux.

Obs. CIII. — *Arthrite tuberculeuse suppurée du genou gauche.* (J. Boeckel. *Chir. antis.*, 1882, résumée.)

Enfant de 6 ans. Opération le 23 juillet 1880. Evidement du condyle interne du fémur. Arthrotomie, grattage de l'articulation avec la curette. Lavage avec la solution de *chlorure de zinc*, 1/10. Pas de réunion. Pansement de Lister. Guérison sans accidents le vingt-cinquième jour, maintenue depuis 16 mois.

Obs. CIV. — *Tumeur blanche suppurée du genou.* (J. Boeckel. *Chir. antis.*, 1882.)

Enfant de 5 ans. Abcès périarticulaire fistuleux en 1878. Evidement des deux condyles ; ablation des fongosités avec la curette. *Chlorure de zinc à* 1/10e. Drain. Lister. Guérison en 6 semaines.

Obs. CV. — *Arthrite fongueuse suppurée du cou-de-pied, consécutive à une ostéite de la malléole interne.* (J. Boeckel. *Chir. antis.*, 1882.)

Enfant de 4 ans, opération 20 juillet. Evidement de la malléole. Arthrotomie antiseptique, évidement articulaire et grattage des fongosités, *Chlorure de zinc à* 1/10. Drainage. Pas de réunion. Lister. Le 3 octobre guérison. Mouvements parfaits du pied.

Obs. CVI. — (J. Boeckel. *Chir. antis.*, 1882.)

Coxalgie suppurée grave. Abcès ossifluent. Résection chez un enfant de 9 ans. Excision de la synoviale fongueuse, évidement du cotyle. *Chlorure de zinc* à 1/10. Drainage, Lister. Guérison avec rétablissement des mouvements.

Obs. CVII. — *Tumeur blanche du coude, arthrectomie. — Chlorure de zinc.* (Leriche. Th. doct., 1888.)

Fille de huit ans. Fistule, incision postérieure directe et médiane. L'opération montre des altérations très avancées ; état lardacé des parties

molles ; carie de l'extrémité inférieure de l'humérus qui est enlevée, sauf l'épicondyle encore cartilagineux ; carie de l'olécrâne et de la tête du radius, qui sont également retranchées, infiltration lie de vin, prolongée de trois à quatre centimètres dans l'intérieur des diaphyses radiale, cubitale et humérale, qui sont évidées en manière de tuyau, jusqu'à la rencontre de la moelle saine ; les parties molles de la jointure et du voisinage sont soigneusement grattées et *imprégnées de solution de chlorure de zinc au* 1/10. Suture de l'incision et drainage. Pansement iodoformé. Immobilisation dans la demi-flexion, au moyen d'une attelle plâtrée en 8 de chiffre, qui laisse à découvert la plaie opératoire. Suites immédiates très simples : l'enfant est remportée chez elle où elle n'a pas eu un jour de malaise. Réunion immédiate obtenue. Dix jours après l'opération, on remarque un point de suppuration superficielle. Actuellement, l'opération date d'un mois et demi et la cicatrisation est complète.

Obs. CVIII. —*Synovite fongueuse du genou.— Arthrectomie. — Chlorure de zinc. — Guérison.* (Ardle. *Dublin med. Journ.*, 1889. Obs. I, résumée.)

P... L., 38 ans, depuis huit mois, douleurs dans le genou.

Entré le 10 octobre 1883. Gonflement, raideur articulaire. L'immobilisation et les révulsifs longtemps continués ou répétés ne donnent aucun résultat, douleurs vives. Mauvais état général, demi-flexion de la jambe. Abrasion avec les curettes des fongosités péri-articulaires. La cavité fut touchée avec une solution de chlorure de zinc. Pansement antiseptique. Dix jours après la douleur a disparu. A partir de ce moment la santé du malade s'améliora rapidement et trois mois après l'opération, l'articulation possédait tous ses mouvements et plus aucune douleur. Depuis lors il a continué à travailler et n'a jamais éprouvé aucun trouble du côté de son genou.

Obs. CIX. — *Ostéo-arthrite du genou avec ostéo-myélite de l'épiphyse du tibia et du condyle externe du fémur. — Evidement de ces foyers avec arthrotomie et trépanation du fémur. — Désinfection avec le chlorure de zinc à 5/100. — Pansement ouvert à l'iodoforme. — Guérison par ankylose au bout de deux ans.— Bien maintenue depuis quatre ans et neuf mois.* (J. Boeckel. *De la résection du genou.* Paris, 1889. Obs. XXIII, résumée.)

Jundt. Veuve, 46 ans, présentant dans la région lombaire une gibbosité datant de l'enfance. Pas d'antécédents. Entrée à l'hôpital pour une douleur au niveau de l'épiphyse supérieure du tibia. Au côté interne épaississement de l'os, pas d'épanchement articulaire. Plus tard, fluctuation et abcès avec écoulement d'un pus sanieux, stylet introduit sur condyle externe du fémur, rencontre un os dénudé.

Opération. — L'extrémité supérieure du tibia mise à nu, est remplie de fongosités, de séquestres névrosés ; évidement de la cavité, on trouve un orifice assez large communiquant avec le genou, néanmoins l'articulation à peu près saine, peu de pus et quelques rares fongosités. Désinfection à l'aide d'une solution de chlorure de zinc à 5/100. Drain et pansement à l'iodoforme, attelle à pédale.

Au bout de 8 jours, premier pansement, bourgeonnement admirable, après quatre pansements faits à huit jours d'intervalle, exeat en conservant néanmoins l'attelle.

Au bout de quinze jours, ablation de l'attelle, fistule légère, état général excellent. Bientôt immobilisation et ankylose, légère claudication. Guérison maintenue.

Obs. CX. — *Arthrite fongueuse, suppurée du genou, consécutive à un traumatisme. — Arthrectomie par dissection d'un grand lambeau rotulien.— Lavage au chlorure de zinc à* 1/10. *Pansement à la gaze phéniquée. — Suppuration. — Guérison par ankylose. — Genou valgus consécutif. — Ostéotomie du fémur, d'après Mac-Even. — Guérison sous deux pansements.* (J. Boeckel. *De la résection du genou*, Paris, 1889. Obs. XIV, résumée.)

Sch..., Georges, 19 ans. Au côté interne de l'articulation du genou tuméfiée, plaie grande comme une pièce de 2 francs, consécutive à un coup de feu, à bords déchiquetés ; liquide fétide, sanieux, mal lié, avec des détritus gangréneux ; à la suite de l'accident survenu le 31 décembre 1881 et jusqu'à l'entrée à l'hôpital (3 février 1882), pansements quotidens phéniqués, immobilisation dans un appareil de Scultet.

Amputation de la cuisse refusée par le malade, l'arthrotomie est pratiquée le 5 février.

Dégâts constatés : ligaments croisés corrodés par fongosités abondantes ; pus fétide ; synoviale rougeâtre, avec granulations. Curage et désinfection des culs-de-sac au chlorure de zinc au 1/10. Plaie laissée ouverte, tampons gaze phéniquée sous le lambeau. Lister. Attelle à pédale. Pansement quotidien. Le 10 mars le dernier tube est retiré, plaies en bonne cicatrisation. État général satisfaisant. Tendance au genou valgus par hypertrophie du condyle interne. Le 18 mai, ostéotomie du fémur, deux pansements seulement, après 17 jours bandage plâtré. Au commencement d'août, exeat, rectitude parfaite sans raccourcissement.

Deux ans après, mort de phtisie.

Obs. CXI. — *Synovite tuberculeuse du genou. — Synovectomie. — Lavage au chlorure de zinc à 5 0/0 et à la solution de sublimé au 1/000. — Poudre d'iodoforme projetée dans l'article. — Guérison sous deux pansements.* (J. Boeckel. *De la résection du genou.* Paris, 1889. Obs. XIII.)

Haag. F..., 45 ans, entrée le 22 juin, 1886, à la Maison de santé des diaconesses.

Arthrite du genou depuis dix mois, traitée en vain par l'immobilisation. Genou énormément distendu, fluctuant, chaud, douloureux au toucher, mouvements impossibles à cause des douleurs ; demi-flexion. Pas de fistules. État général mauvais ; fièvre et amaigrissement. Pas d'antécédents morbides ni héréditaires.

La résection est fixée au 28 juin. Incision curviligne en fer à cheval, passant par le ligament rotulien. L'article est en pleine suppuration les ligaments croisés recouverts, de même que toute la *synoviale, d'abondantes fongosités*. Commencement de décubitus sur le condyle interne du fémur et le point correspondant de la rotule, pas d'ulcération à proprement parler. Les os ne me paraissant pas suffisamment altérés, je me borne à faire l'*arthrectomie*. A cet effet, je dissèque la synoviale altérée et l'extirpe à l'aide du bistouri d'une façon complète, ainsi que les ligaments croisés. Les ménisques sont simplement abrasés. Ablation des fongosités. Lavages avec la solution de *chlorure de zinc à 5 0/0* ; et avec la *solution de sublimé au 1/1000. Poudre d'iodoforme projetée dans l'article* ainsi nettoyé. Drainage et suture perdue de la capsule et du tendon rotulien avec de la soie phéniquée. Suture superficielle de la peau. Pansement iodoformé ; après deux pansements successifs, cicatrisation complète. Le malade peut marcher avec des béquilles.

Dans le courant du mois de septembre, une arthrite du poignet gauche se développe assez rapidement ; résection et grattage. Guérison.

Obs. CXII. — *Synovite tuberculeuse du genou droit. Fistule. — Foyer limité. — Synovectomie. — Désinfection à l'aide du chlorure de zinc, du sublimé et de l'iodoforme. — Abcès froid de la cuisse et du genou gauche : le premier guérit par une injection d'éther iodoformé ; le second est incisé, après un échec de la même injection. — Guérison de la synovectomie sous un pansement. — Ankylose en voie de formation.* (J. Boeckel. *De la résection du genou.* Paris, 1889. Obs. XVII.)

Jeannette L..., 50 ans, entre une première fois à l'hospice israélite le 10 juin 1887 pour une affection des deux genoux datant d'un an.

Pas d'antécédents héréditaires ni morbides, pas de traumatisme direct La malade attribue son mal à la nécessité de s'agenouiller fréquemment pour divers usages domestiques.

Elle présente au tiers moyen de la cuisse gauche un abcès de 15 centi-

mètres de long, fusiforme et situé à la partie antérieure de la cuisse. Il existe de même, dans le voisinage du genou un abcès de même nature, qui englobe littéralement la partie inférieure de l'articulation. Les mouvements de cette dernière sont normaux, non douloureux et bridés seulement par l'excessive tension.

Cet abcès semble donc bien n'avoir pas la moindre communication avec l'article.

Le genou droit est atteint d'arthrite ou mieux de synovite tuberculeuse à forme torpide. Le genou n'est pas douleureux, mais les mouvements actifs et passifs sont très limités.

L'abcès de la cuisse est traité par l'injection d'éther iodoformé et guérit définitivement en quinze jours, sans laisser de trace.

Le même traitement est appliqué à l'abcès du genou, au bout de trois semaines la guérison semble si bien assurée que la malade demande à quitter l'hôdital.

Je la renvoie, en lui appliquant au membre droit un appareil silicaté circulaire.

Le 8 octobre elle entre une deuxième fois à la Maison de santé. L'abcès du genou s'est reformé ; je l'incise et le draine. La guérison est définitive le 24 novembre suivant.

Quant au genou atteint d'arthrite, il augmente de volume ; au côté externe formation d'un abcès, qui s'ouvre spontanément le 2 novembre et sécrète une sanie roussâtre. Fausse fluctuation bien évidente.

Pas de douleurs, les os ne sont vraisemblablement pas atteints et les lésions paraissent limitées à la synoviale.

Synovectomie le 24 décembre. — Incision semi-lunaire, à concavité supérieure, intéressant le tendon rotulien. Au côté externe, petit foyer de pus très limité, communiquant avec la fistule. Pas de pus, ni de sérosité dans le reste de l'article. Fongosités tuberculeuses abondantes sur la synoviale et ses prolongements. Le ligament croisé antérieur corrodé est extirpé ; le postérieur est sain et uniquement tapissé de produits fongueux. On en pratique la dissection, tout en le respectant. Le ligament latéral interne est divisé, mais non extirpé ; le ligament externe est disséqué et réséqué, à l'insertion supérieure de ce dernier on constate un petit point d'os rugueux, très limité. Raclage de cette surface. Les ménisques sont sains, mais en dessous d'eux la synoviale est fongueuse, de sorte que leur enlèvement est nécessaire. Curage de la bourse du poplité, remplie de fongosités.

La rotule, bien que saine, est enlevée pour faciliter la dissection du cul-de-sac supérieur. Les os sont normaux. Après *désinfection très soignée à l'aide du chlorure de zinc, du sublimé et de l'iodoforme*, je réunis la plaie par une quinzaine de sutures, dont quatre profondes. Trois drains, l'un dans une contre-ouverture du cul-de-sac supérieur, les deux autres à chaque extrémité de la plaie.

Pansement et immobilisation. Pas de ligature.

Le 25. Temp. matin 37°,4. Suintement très abondant. J'ajoute une épaisse couche de coton, sans défaire le pansement. Soir 37°.

Le 26. Temp. matin 37°,4. Soir 39°,1.

Premier et unique pansement. Enlèvement des tubes que je remplace par des crayons d'iodoforme. Pas une goutte de pus. Pas de douleurs.

Le 20. Enlèvement des sutures. Pas une goutte de pus. Réunion absolue. Appareil silicaté circulaire, qu'on renouvelle le 12 février, puis le 10 décembre 1888.

Ankylose en bonne voie de formation.

Santé prospère d'ailleurs.

Obs. CXIV. — *Synovectomie pour arthrite fongueuse du genou. — Désinfection à l'aide du chlorure de zinc, du sublimé et de l'iodoforme. — Ostéotomie temporaire de la tubérosité antérieure du tibia. — Suppuration. — Guérison au bout de trois mois. — Ankylose en flexion. — Abduction nécessitant le redressement brusque.* (J. Boeckel. *De la résection du genou.* Paris, 1889. Obs. XVIII, résumée.)

Beholz Frida, 10 ans. — Depuis plusieurs mois atteinte d'une arthrite fongueuse consécutive à une chute sur le genou. Révulsifs divers et immobilité sans résultats. Genou augmenté de volume douloureux, abcès au-dessus tubérosité antérieure du tibia. Ouvert et resté fistuleux. *Synovectomie*, incision semi-lunaire superficielle. Conservation du tendon rotulien ostéotomie à la base d'insertion du tendon. Ablation des fongosités, évidement avec la curette d'une petite surface du plateau tibial, tubérosité antérieure réséquée est remise en place et fixée. Suture de la peau et de la synoviale. Immobilisation. Deux pansements en 10 jours. Au 3e pansement réunion complète et ablation des drains. Difformité du genou survient plus tard. Légère flexion, redressement brusque et bandage plâtré. Ankylose avec léger raccourcissement et atrophie.

Obs. CXV. — *Ostéite de l'extrémité supérieure du tibia avec arthrite fongueuse consécutive. — Evidement du tibia, puis arthrotomie. — Intoxication iodoformique. — Ostéo-arthrectomie consécutive. — Désinfection à l'aide du chlorure de zinc et du sublimé. — Suppuration abondante. — Persistance de fistule pendant un an.* (J. Boeckel. *De la résection du genou.* Paris, 1889. Obs. XIX.)

Scharch, Elise, 5 ans, entre le 8 novembre 1885 au n° 1 de la salle 105 (hôpital civil de Strasbourg).

Ostéite de l'extrémité supérieure du tibia. Un abcès sous-périostique a déjà été incisé au dehors. Les symptômes ne faisant que s'aggraver, je fais le 10, l'évidement en règle de l'épiphyse du tibia. J'extrais des lamelles osseuses fongueuses d'une cavité en pleine suppuration. Au cours de l'opération, je constate la communication du foyer avec l'article

et quelques semaines plus tard je me vois forcé de faire l'arthrotomie ordinaire (1er décembre) Deux incisions latérales me mènent dans l'articulation. Celle-ci est remplie de pus et de fongosités. J'enlève ces produits avec la cuiller tranchante et désinfecte soigneusement le genou. Pansement iodoformé. Immobilisation du membre sur une attelle.

Les jours suivants la température s'élève à 40°,1 le soir ; le pouls est fréquent, 136. Etat subcomateux. Bouffissure de la face. Suppuration abonbondante de la plaie. *Intoxication iodoformique* constatée par l'examen des urines.

Cet état se prolonge pendant près de quatre semaines, le genou est toujours énorme. Je me propose de faire une nouvelle opération dès que les symptômes d'intoxication auront disparu.

Ostéo-arthrectomie le 30 décembre. — Lambeau semi-lunaire comme dans les observations précédentes ; la plaie osseuse du tibia est guérie, par contre le condyle interne du fémur est profondément altéré.

Dans son intérieur existe un foyer de la dimension d'un gros pois, renfermant du pus caséeux, le cartilage articulaire est en voie de nécrose et présente vers le côté interne un pertuis qui communique avec le susdit foyer. J'évide ce dernier avec la gouge à main, en conservant la coque cartilagineuse périphérique. Extirpation de la synoviale en totalité, *ut supra.* Suture et pansement ordinaires.

La cicatrisation s'effectue au prix d'une suppuration abondante et de pansements fréquemment renouvelés.

Le 15 mars 1886, on peut renvoyer la petite opérée chez ses parents ; on lui a confectionné un appareil plâtré circulaire, qu'il faut renouveler tous les dix à quinze jours à cause de la persistance d'une fistule qui sécrète assez abondamment. L'ankylose est en voie de s'établir. Je la perds de vue pendant vingt et un mois.

Dernières nouvelles, 30 décembre 1887 (deux ans après l'opération) :

L'ankylose est complète, mais le genou est fléchi à 30°, la petite fille marche en boitant. On aurait pu éviter cette difformité dont la négligence des parents est seule cause par le port d'un appareil approprié.

Il faudra donc redresser l'opérée et lui faire appliquer un appareil à tuteur que je me propose de faire au premier jour.

Obs. CXVI. — *Ostéo-arthrectomie du genou. — Désinfection à l'aide du chlorure de zinc et du sublimé. — Guérison sans suppuration.— Ankylose commençante au bout de trois mois.* (J. Boeckel. *De la résection du genou.* Paris, 1889. Obs. XX, résumée.)

Charles Anes, 3 ans et demi. Arthrite tuberculeuse du genou suppurée datant de l'âge de 10 mois, partie antérieure cuisse est le siège d'un énorme abcès. Père mort phtisique. Vu l'état précaire de l'enfant d'abord incision simple de l'abcès.

Ostéo-arthrectomie consécutive; 15 jours plus tard, résection du con-

dyle interne du fémur. Evidement et grattage d'un foyer osseux suppuré, Extirpation de la synoviale des ligaments latéraux, ménisques et des fongueux. Lavage au chlorure de zinc et au sublimé. Le 7 juillet enlèvement des sutures. Réunion parfaite. Bourgeons ayant très bon aspect. Cicatrisation définitive le 15 septembre. Application d'un appareil plâtré. Ankylose en voie de s'établir. Exeat.

Dix-neuf mois plus tard. Genou non ankylosé ne peut être complètement étendu. Léger raccourcissement et atrophie des muscles de la cuisse.

Obs. CXVII. — *Arthrite fongueuse du genou. — Synovectomie puis résection du condyle externe du fémur. — Désinfection à l'aide du chlorure de zinc et du sublimé. — Guérison sans suppuration. — Ankylose commençante au bout de 3 mois. — Guérison maintenue depuis lors.* (Boeckel. *De la résection du genou.* Paris, 1889. Obs. XXI, résumée.)

Geiss. Georges., 6 ans, présente avec une arthrite fongueuse du genou datant de 10 mois. Révulsifs sans résultat. Genou volumineux, douloureux, en demi-flexion, fluctuation.

Synovectomie. Os sains respectés. Pansement, chlorure de zinc et sublimé. Immobilisation.

Température restant élevée. Nouvelle ouverture au bout de quelques jours. Articulation baignée dans le pus. Evidement d'une excavation du fémur. Désinfection et drainage. Amélioration. Trois semaines après réunion complète sauf quelques fistules.

Un mois plus tard cicatrisation définitive. Appareil plâtré. Exeat.

3 mois plus tard, ankylose à peu près complète. Appareil de Souken.

Obs. CXVIII. — *Arthrectomie pour productions organiques polypiformes volumineuses de la synoviale des deux genoux (de nature tuberculeuse). — Lavage au sublimé. — Guérison.* (Dr Ch. Périer. *Acad. de médecine*, 8 mai 1888.)

Jeune homme de 17 ans et demi, qui depuis l'âge de 12 ans, avait les genoux volumineux. Il ne souffrait pas, mais, à la suite de plusieurs chutes, la marche était devenue impossible. Par prudence, je n'opérai d'abord que le genou gauche : après issue du liquide synovial, j'enlevai avec des ciseaux toutes les productions pédiculées ou sessiles de la cavité articulaire. L'incision fut suivie d'un grattage énergique avec la cuiller tranchante, puis l'intérieur de la jointure lavé avec la liqueur de Van Swieten, un drain fut installé au centre ; la plaie fermée, fut saupoudrée de salol et le genou fut enveloppé d'une couche de ouate salicylée recouverte d'une enveloppe imperméable.

Il n'y eut aucune réaction fébrile ni douloureuse. Réunion par première intention sans une goutte de pus.

J'opérai le genou droit de la même façon après la guérison complète du gauche. Le résultat fut identique. L'atrophie consécutive des muscles de la cuisse fut combattue par l'électricité et le massage.

Depuis cinq mois, les genoux sont restés sains, les fonctions se sont rétablies ; actuellement, le malade marche sans fatigue pendant plusieurs heures.

L'examen des productions organiques enlevées a démontré qu'elles étaient de nature tuberculeuse.

Obs. CXIX. — *Coxalgie. — Arthrectomie. — Guérison. — Sublimé et iodoforme.* (Sendler. *Deutsch. Zeit. f. chir.*, XXVIII, p. 307, 328, 1888.)

Charles S..., 10 ans, scrofuleux, pas d'antécédents héréditaires. Poumons sains. Souffre depuis longtemps de l'articulation coxo-fémorale droite. Trajets fistuleux multiples.

Entré le 31 mai 1885. Cuisse fortement fléchie sur le bassin est ankylosée, rotation en dedans. A la partie postérieure de l'articulation un grand abcès.

1er avril 1885. Excision de l'abcès et grattage des fistules.

Le 20. Grande incision de l'abcès qui contient peu de pus mais beaucoup de fongosités.

Cette incision part de la partie moyenne de la crête iliaque et aboutit à la hanche. Les fongosités sont grattées. On trouve un prolongement jusqu'à la tubérosité de l'ischion et on le traite de la même manière, cela fait on ouvre le trajet fistuleux et on arrive sur la face antérieure du col du fémur où l'on découvre un foyer qui s'étend à la cavité cotyloïde. Grattage du grand trochanter. La tête du fémur est adhérente au fond de la cavité cotyloïde. Extirpation de la synoviale épaissie. L'incision a 22 centim. Sutures. Long drain près de l'ischion, un second dans l'articulation. Appareil extenseur. Membre en abduction. L'extension avec un poids de 4 kilogr. ; marche de la maladie sans accidents ni fièvre. Réunion par première intention sauf au niveau des drains.

28 mai. Cicatrisation complète, sans fistules.

7 juin. Le malade marche ; raccourcissement de 6 centim., les mouvements de l'articulation sont normaux. Le malade sort le 14 juin.

Depuis sa sortie, le malade est toujours surveillé. Bonne santé. Les mouvements de l'articulation étaient normaux. Mais au mois de janvier 1887 (2 ans plus tard) sa mère constata au niveau de la cicatrice, à la partie postérieure de l'articulation une petite tumeur indolente et molle ; au bout de quelques jours : rougeur et fluctuation.

15 janvier. Incision : issue d'un liquide semblable à de la synovie. Les parois de la cavité sont lisses, blanchâtres, et parsemées de quelques petits bourgeons. On constate aussi quelques caillots brineux dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un marron et dans lesquels on trouve quelques petits noyaux caséeux. Cette cavité communique par

une petite fistule avec l'articulation dans laquelle on ne trouve aucune lésion. On extirpe ces nouvelles formations et les tissus qui paraissent mauvais. Drain jusque dans l'articulation. *Lavage au sublimé à* 1/2000, *mèche iodoformée.* Pansement ouaté.

14 février 1887. Guérison parfaite. Mouvements normaux. Depuis, l'enfant se porte à merveille.

Obs. CXX. — *Arthrite fongueuse chronique du genou gauche. — Foyer caséeux dans le condyle interne. — Arthrectomie synoviale et osseuse. — Sublimé et iodoforme. — Guérison.* (Sendler. *Loc. cit.* Obs. VI.)

Gustave..., 4 ans. 10 mars 1885, début indéterminé par gonflement, qui a résisté à tous les traitements et s'est accru. Depuis très longtemps, la marche est impossible. Ophtalmies répétées. Pas d'antécédents héréditaires. A son entrée, aspect scrofuleux, gonflement considérable de tout le genou gauche, fluctuation élastique. Les mouvements provoqués sont assez libres. Parésie des muscles de la jambe. Le pied gauche est en varus équin paralytique ; à droite, genu valgum, articulation traînante. Blépharo-conjonctivite gauche avec ulcération de la cornée.

21 mars. *Arthrectomie de la synoviale et de l'os :* incision transversale avec section de la rotule. A l'ouverture de l'articulation, on trouve des bourgeons fongueux exubérants. Presque pas de pus. La synoviale est épaisse comme le doigt, on l'extirpe en totalité. Au niveau du condyle interne, on trouve le cartilage grisâtre, et par une pression très légère, il se rompt et on voit un foyer caséeux, gros comme une noisette, que l'on enlève avec la gouge et la curette. *Lavage avec le sublimé à* 0,50 p. 1000. Légère *pulvérisation iodoformée.* Suture des deux fragments de la rotule au catgut et suture de la peau à la soie. Deux drains, dont un dans le cul-de-sac supérieur. Pansement ouaté et attelle.

Marche de la maladie : état général excellent.

28 mars. On change le pansement pour la première fois, et l'on enlève les drains.

4 avril. Deuxième pansement. On enlève les sutures. Réunion par première intention. Consolidation bonne de la rotule.

2 mai. L'articulation n'est pas encore entièrement consolidée. Quelque temps plus tard, il y eut plusieurs récidives, au niveau des orifices du drain, la cicatrice se rompit et bientôt se montrèrent des bourgeons fongueux qui furent enlevés avec la curette et le thermocautère.

Actuellement, l'enfant se porte bien, les deux membres ont la même longueur. Mais malgré un traitement approprié, l'ankylose n'est pas complète. Le cal de la rotule est fibreux. Avec le temps il s'est formé de nouveau une articulation traînante.

Actuellement, grâce à des attelles solides, l'enfant peut bien marcher, mais on emploie aussi un appareil pour le côté sain.

Sendler pense qu'il aurait dû prévoir ce résultat, à cause de l'état de faiblesse du malade, de la parésie de ses muscles et de la tendance à avoir des articulations traînantes, il croit que la résection aurait donné de plus mauvais résultats et qu'il aurait fallu recourir à l'amputation qui aurait certainement amené une guérison plus rapide.

Obs. CXXI. — *Arthrite tuberculeuse chronique du genou droit, avec fistule. — Arthrectomie partielle. — Lavage au sublimé. — Pulvérisation d'iodoforme. — Guérison.* (Sendler. *Loc. cit.* Obs. V.)

Hermann M..., 20 ans, entré le 11 février 1885, faible, pâle, souffre du genou droit depuis plusieurs années. Douleurs persistantes. Depuis six mois, fistules, au niveau desquelles on voit des bourgeons fongueux. État général très médiocre. Les muscles du membre inférieur droit sont atrophiés, raccourcissement du membre, un peu de flexion de la jambe sur la cuisse. Rien dans les poumons.

14 février 1885. Arthrectomie partielle, incision externe très longue, passant par les fistules. Les orifices fistuleux sont excisés.

Toute l'articulation est remplie de fongosités. Raclage des fongosités, deux foyers caséeux sur le condyle externe : gouge et cuiller tranchante. Contre-ouverture à la partie interne du genou. Lavage au sublimé, à 1/1000. Pulvérisation d'iodoforme, 2 drains courts. Pansement ouaté et attelle. Pas de fièvre.

2 avril. Appareil plâtré. Exeat.

Le malade revient dans le service le 7 décembre avec une fracture du tiers inférieur du fémur droit. Appareil à extension continue. Guérison le 12 janvier 1886.

Jusqu'à présent pas de récidive, et le malade peut se livrer à ses occupations ; il est commissionnaire.

Obs. CXXII. — *Arthrite fongueuse chronique du genou gauche avec fistules. — Foyer tuberculeux dans le tibia. — Evidement. — Sublimé, iodoforme. — Guérison.* (Sendler. *Loc, cit.* Obs. VII.)

Emma, 4 ans, 30 mars 1885. Pas d'antécédents héréditaires. Il y a un abcès à la partie interne du genou gauche.

A son entrée, genu valgum gauche avec subluxation de la rotule en dehors, un abcès du volume d'une noix au niveau du condyle interne. Tuméfaction considérable du genou.

Nombreuses fistules, épaississement de la synoviale. Flexion de la jambe sur la cuisse. Pas de crépitation appréciable, incision et guérison de l'abcès, excision et grattage des fistules. L'extension complète est impossible même sous le chloroforme.

22 mai. Arthrectomie, incision transversale avec section de la rotule. La synoviale est épaisse comme le doigt, infiltrée, dure, bourgeons fongueux, volumineux, remplissant toute la cavité articulaire. Extirpation de toute la synoviale, des cartilages semi-lunaires et de toutes les parties qui sont reconnues malades. On trouve dans le condyle interne du tibia, un foyer caséeux du volume d'un œuf de pigeon : gouge et curette. Les autres extrémités osseuses sont saines. Lavage au sublimé à 1/2000. Pulvérisation iodoformée. Drain dans le cul-de-sac supérieur; un autre à l'angle interne de la plaie. Suture de la peau avec de la soie iodoformée.

Marche de la maladie sans température et sans accidents.

3 juin. On enlève les drains. Réunion parfaite. On enlève les sutures.

11 juin. 3e pansement. Les fragments de la rotule sont réunis. On enlève avec la cuiller deux petits bourgeons.

2 juillet. Guérison parfaite.

25 juillet. Appareil plâtré dans l'extension. État général parfait. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de récidive ni d'accident de croissance. L'enfant est vigoureux, il marche ; peut courir avec son genou ankylosé.

Obs. CXXIII. — *Arthrite fongueuse du genou droit, consécutive à un foyer caséeux siégeant dans le condyle externe. — Arthrectomie.* (Sendler. *Loc. cit.* Obs. VIII.)

Hermann G..., 4 ans, entré le 9 mai 1887, pas d'antécédents héréditaires.

Bonne santé jusqu'à Pâques 1886. A commencé sans cause appréciable à boiter, et à ressentir des douleurs très vives dans la jambe droite A la Pentecôte on consulta pour la première fois un médecin qui ne put pas se prononcer. Vers la fin du mois de janvier 1886, il se forma un abcès à la partie inférieure et externe de la cuisse droite près du genou et un peu d'hydarthrose dans l'articulation. Le malade vint consulter le 18 janvier 1887. L'abcès fut incisé largement et on trouva au fond de l'abcès une fistule osseuse qui aboutissait à un foyer caséeux qui occupait tout le condyle jusqu'au cartilage. On ne prévoyait pas une communication avec l'articulation. Après le grattage, on essaya d'amener une guérison plus rapide, en laissant du sang dans la cavité et la plaie guérit par première intention. L'hydarthrose disparut par le repos. Les mouvements étaient normaux.

1er février 1887. Le malade peut marcher, mais pour protéger la cicatrice, on appliqua un pansement ouaté.

19 février. Le malade nous montra sa cicatrice, on trouva à l'angle supérieur de la plaie une bosselure d'un gris jaunâtre qui fut traitée par la cuiller tranchante. Le 26 février, on trouva un orifice fistuleux qui conduisait à l'os, incision et grattage, la fistule était tapissée de bour-

geons tuberculeux qui s'enlevèrent facilement avec la curette. Poudre et gaze iodoformées, le 3 avril 1887, les parents amenèrent l'enfant dont la plaie bourgeonnait activement.

Au bout de quelque temps, le malade revint : les bourgeons étaient fongueux, et nous assistions pour ainsi dire, à l'éclosion d'une arthrite tuberculeuse du genou. Le petit malade entra dans le service le 9 mai 1887. Les mouvements étaient assez faciles.

16 mai 1887. Arthrectomie, deux incisions latérales très longues.

Extirpation de toute la synoviale qui est épaisse, infiltrée, couverte de fongosités. Excision des cartilages semi-lunaires et des ligaments croisés. Les extrémités osseuses paraissent saines. Les fistules sont excisées et le condyle où se trouvait le foyer caséeux est soigneusement ruginé. Cette opération fait découvrir une cavité considérable creusée dans l'os et dans cette cavité un séquestre qui adhère au cartilage. Le cartilage est enlevé en partie par la rugine et on continue à ruginer jusqu'à ce qu'on arrive au tissu sain. *Lavage au sublimé. Poudre d'iodoforme*, un gros drain qui passe de l'articulation dans le canal creusé dans l'os. La plaie est réunie. Pansement ouaté et attelle.

2 jours après fièvre. Pansement, rien en apparence. Cependant la fièvre continue.

23 mai. Pansement. Réunion absolue. Pas de pus, on enlève le drain et les sutures.

Roséole, hypertrophie de la rate, fièvre typhoïde.

18 juin, la fièvre typhoïde était terminée.

31 juillet, il y avait encore quelques bourgeons au niveau des drains.

A la fin d'août, guérison complète : Bonne ankylose. Appareil plâtré qui permettait au malade de marcher.

Obs. CXXIV. — *Arthrite tuberculeuse du genou droit. — Foyer caséeux dans la tubérosité interne du tibia. — Arthrectomie. — Sublimé et iodoforme. — Guérison.* (Sendler. *Loc. cit.* Obs. IX.)

L.., 8 ans, entré le 5 mars 1887. Pendant l'été de 1886, à la suite de sa scarlatine, formation lente et progressive et sans cause appréciable d'un gonflement du genou droit. Faible. — Pas d'antécédents héréditaires.

A son entrée, le genou droit est tuméfié dans tous les sens ; les culs-de-sac sont gonflés et fluctuants. Peu de sensibilité à la pression ; excepté au niveau du plateau interne du tibia qui est extrêmement douloureux à la pression. Synoviale épaissie. Mouvements spontanés limités. Mouvements provoqués ne sont pas douloureux. État général assez bon.

Diagnostic : Arthrite tuberculeuse du genou droit. Existence d'un foyer caséeux dans le condyle interne du tibia.

7 mars 1887. *Arthrectomie.*— Incision transversale, section de la rotule, à l'ouverture de l'articulation, issue d'une petite quantité de synovie

trouble. La synoviale est extraordinairement épaissie et criblée de végétations polypoïdes. Dans le cul-de-sac supérieur, la synoviale a l'épaisseur du doigt et contient quelques caillots fibrineux. Extirpation de toute la synoviale, des ligaments croisés et des cartilages semi-lunaires. On trouve dans le condyle externe du fémur, un foyer caséeux du volume d'un pois. Grattage avec la curette. Dans le condyle interne du tibia, un foyer caséeux du volume d'un noyau de cerise. Rugination. Les extrémités osseuses sont ramollies, leur revêtement cartilagineux paraît intact, *lavage avec le sublimé à* 1/2000. *Pulvérisation iodoformée.* Sutures au catgut de la rotule. Réunion de la peau. Un drain court à chaque angle de la plaie et un troisième dans le cul-de-sac supérieur. Pansement ouaté, attelle. Marche de la maladie sans température.

16 mars. Réunion parfaite. Les 2 fragments de la rotule sont soudés. Pas d'épanchement dans l'articulation, on enlève les drains et les sutures.

25 avril. Cicatrisation complète. Extension parfaite.

30 avril. Plâtre. La marche est parfaite, sans canne. Exeat.

Obs. CXXV. — *Arthrite tuberculeuse chronique du genou droit. — Foyers tuberculeux dans la rotule et le tibia. — Arthrectomie synoviale et osseuse. — Sublimé et iodoforme. — Guérison incomplète.* (Sendler. *Loc. cit.*, Obs. X.)

Vve Z..., 64 ans, entrée le 1er mai 1887. Arthrite fongueuse chronique du genou droit, foyers tuberculeux dans la rotule et dans le tibia.

Bonne santé. Contusions répétées du genou droit à la suite d'un effort, douleurs dans le genou droit depuis six mois. Presque en même temps, le genou se tuméfie lentement et progressivement. Dans ces derniers temps, les douleurs sont très vives surtout à la partie interne. Sommeil impossible. Depuis 4 mois, traitements conservateurs inutiles. A son entrée : le genou droit est considérablement gonflé, mais la fluctuation n'est pas bien appréciable. A la pression douleur très vive dans la moitié interne de la rotule et au niveau de la tubérosité interne du tibia. Les mouvements provoqués sont très douloureux. Quelques craquements articulaires.

25 mai 1887. *Arthrectomie synoviale et osseuse.* Incision longitudinale à la partie interne près de la rotule. On trouve dans cet os un foyer tuberculeux considérable contenant un séquestre. Deuxième incision transversale passant par le milieu de l'incision longitudinale. La rotule est raclée avec la curette tranchante, puis sciée transversalement. On ouvre l'articulation : la synoviale est très épaissie, couverte de bourgeons mous, tuberculeux. Extirpation de toute la synoviale et des ligaments. On racle un petit foyer situé à la partie interne du condyle externe du fémur. Au niveau du plateau interne du tibia, on trouve un foyer ramolli du volume d'une fève : raclage à la rugine jusqu'aux partie saines. Sutures

de la rotule au catgut. Réunion de la peau. Lavage au sublimé. Pulvérisation iodoformée. Un gros drain à la partie interne allant jusqu'aux os. Un drain court à l'angle externe de la plaie. Pansement ouaté, attelle. Marche normale. Pas de douleurs, pas de fièvre.

Au bout de trois semaines, et après deux pansements, réunion parfaite, puis plâtre. Extension. La malade commence à marcher.

Malheureusement au bout de quelque temps, des douleurs au niveau de la tubérosité interne du tibia apparurent. On trouve un foyer caséeux contenant un séquestre : raclage. Mèche iodoformée.

En ce momeut, la malade se trouve en bonne voie de guérison.

Sendler ne pense pas que la résection aurait donné de meilleurs résultats.

Obs. CXXVI. — *Arthrite tuberculeuse du genou gauche. — Arthrectomie. — Sublimé, iodoforme. — Guérison avec conservation des mouvements.* (Sendler. *Loc. cit.* Obs. II.)

Edwig, 2 ans 1/2. Entrée le 1er avril 1876. Début par des douleurs, intermittentes, puis tuméfaction. Marche impossible.

Traitement conservateur sans résultats.

A son entrée : L'enfant légèrement rachitique, gonflement du genou gauche. Douleur. Fluctuation. Pas de craquements articulaires appréciables. Fièvre modérée.

1er avril. *Arthrectomie.* Deux incisions latérales longues. Issue d'un peu de pus. On enlève une mince membrane pyogénique. Synoviale épaisse de 5 millimètres complètement extirpée. Les extrémités osseuses sont intactes. 2 drains. Sutures. Lavage au sublimé. Pulvérisation iodoformée. Pansement ouaté, attelle.

Le pansemeut est souvent mouillé par l'urine, mais tout se passe sans fièvre.

4 avril. On enlève les drains. Pas de suintement.

Le 6. On enlève les fils. Réunion parfaite.

20 mai. L'enfant quitte l'hôpital. Mobilité complète de l'articulation.

5 septembre. Le malade revient. Pas de récidive. Le genou opéré a le même volume que l'autre. Les cicatrices sont blanches unies, les *mouvements sont absolument normaux.* L'enfant marche, joue, court.

Obs. CXXVII. — *Arthrites tuberculeuses de deux genoux. — Lésions osseuses. — Arthrectomies synoviales et osseuses. — Sublimé et iodoforme. — Guérisons avec conservation des mouvements.* (Sendler. *Loc. cit.* Obs. XII.)

Joseph P..., 22 ans, entré le 3 mai 1886. Ouvrier dans une fabrique de sucre. Depuis 6 mois, sans cause appréciable, douleur et gonflement du genou droit et du genou gauche, qui furent attribués au début à une

affection rhumatismale aiguë. Après un traitement conservateur sans succès, il entra dans le service.

Examen à l'entrée. A gauche, genou tuméfié, synoviale épaissie. Epanchement peu abondant. Choc rotulien. Les mouvements spontanés sont libres. A droite : douleur au niveau de la tubérosité interne du tibia, aspect du genou normal ; au niveau du poumon droit, en arrière et en bas diminution du murmure vésiculaire, râles bronchiques à l'expiration. Submatité à la percussion.

Diagnostic : Hydarthrose tuberculeuse du *genou gauche* et arthrite tuberculeuse. Foyer caséeux probable au niveau de la tubérosité interne du tibia droit. Début d'infiltration tuberculeuse de la base du poumon droit.

Le 3 mai 1886. *Arthrectomie du genou gauche :* 2 grandes incisions longitudinales latérales. Extirpation totale de la synoviale qui est épaissie, infiltrée, couverte de fongosités. Issue d'un liquide aqueux, jaunâtre. Extrémités osseuses saines. Lavage au sublimé à 1/2000. Pulvérisation iodoformée. Sutures. 2 drains. Pansement ouaté, attelle. Marche de la maladie sans fièvre. 3 pansements.

Le 26. Cicatrisation parfaite, mouvements modérés.

Mais le 31. Apparition d'élancements au niveau de la tubérosité interne du tibia droit.

9 juin. Incision au niveau de la tuberosité interne du tibia, longue de 5 centimètres. Rugination. Foyer caséeux du volume d'un noyau de cerise. Un petit séquestre. Raclage jusqu'au tissu sain. Pansement avec un caillot sanguin. Réunion par première intention.

21 juin. Le malade se lève et marche sans canne.

Genou droit. Douleurs intermittentes. Formation d'un épanchement. Traitement conservateur sans succès. On soupçonne la tuberculose et on se décide à l'opération.

16 août. *Arthrectomie partielle de la synoviale et des os.* Deux longues incisions latérales. Issue d'un liquide aqueux, jaunâtre, trouble, peu abondant. Extirpation de la synoviale sauf une partie du cul-de-sac supérieur. Après avoir enlevé les ligaments croisés et les cartilages semi-lunaires on trouve deux foyers caséeux gros comme des noisettes, dans la tubérosité interne du tibia. Même pansement que pour le cas précédent. Pas de fièvre. Pas d'accidents.

Le 9e jour. Pansement, réunion parfaite. On enlève les drains et les fils.

16 septembre. Après 4 pansements tout est guéri. Mouvements modérés.

Depuis le mois de janvier 1887, le malade peut se livrer à ses occupations. Nous l'avons revu plusieurs fois, les mouvements des deux genoux augmentent progressivement. Il peut plier le genou gauche qui dépasse l'angle droit. Le genou droit atteint l'angle droit. Les mouvements d'extension sont parfaits des deux côtés. Actuellement le malade

se livre à toutes sortes d'occupations et gagne sa vie en travaillant. Les lésions pulmonaires ont disparu.

Obs. CXXVIII. — *Arthrites tuberculeuses chroniques avec hydarthrose des deux genoux. — Arthrectomies. — Sublimé et iodoforme. — Guérison avec conservation des mouvements.* (Sendler. *Loc. cit.* Obs. XIII.)

Fridel, 8 ans, 4 octobre 1886. Pâle, anémique, souffre depuis plus de 2 ans d'un gonflement des deux genoux; lent développement. Grâce au repos et à un traitement, la maladie évolue lentement, mais malgré deux saisons à Elmen, ce gonflement n'a jamais disparu entièrement. A chaque cessation du traitement médical, aggravation ; douleurs intermittentes, peu intenses. Dans cet intervalle de deux ans, adénites et abcès multiples. Poumons indemnes. Pas d'antécédents héréditaires.

A son entrée. Hydarthrose chronique des deux genoux, épaississement de la synoviale. Choc rotulien. Mouvements normaux. A gauche les lésions sont plus avancées qu'à droite. En outre, adénite derrière l'oreille droite. Abcès tuberculeux au bras droit.

Pendant trois semaines, compression ouatée. Insuccès.

23 octobre. Arthrectomie du genou gauche. 2 grandes incisions latérales, issue d'un liquide séreux trouble, peu abondant; toute la synoviale épaissie, infiltrée, couverte de bourgeons ; on l'extirpe entièrement. On ne touche pas aux extrémités osseuses qui paraissent saines. Mêmes pansements et traitements. 2 drains. Marche de la maladie sans fièvre, réunion par première intention.

1er Pansement, 30 octobre. On enlève les drains. Le 8 décembre, exeat. Articulation mobile.

Grâce au repos, l'épanchement du genou droit avait disparu, mais il ne tarda pas à se reproduire et la malade rentra à l'hôpital.

14 janvier 1887. *Arthrectomie du genou droit.* Même opération. Même traitement. Mêmes lésions, au niveau du condyle interne deux petits foyers tuberculeux qui furent ruginés. Même traitement. Pas de fièvre, pas d'accidents.

21 janvier. 1er Pansement. On enlève le drain, fils, réunion parfaite.

6 mars. L'enfant quitte l'hôpital avec une articulation mobile. Depuis cette époque l'enfant se porte bien. Elle est allée passer une saison à Elmen. Les mouvements de l'articulation s'améliorent tous les jours.

9 septembre. Les cicatrices sont blanches, unies. Les mouvements du genou droit sont à peu près normaux. Quant à l'articulation du genou gauche : extension normale, la flexion dépasse l'angle droit. La démarche de l'enfant n'a rien d'anormal.

Obs. CXXIX (inédite).— *Synovite fongueuse du genou.—Arthrectomie. — Lavage au sublimé. — Guérison avec conservation à peu près complète des mouvements.* (Observation communiquée par mon excellent collègue et ami Moulls, d'après les notes de M. Barozzi, externe du service.)

Charles M..., 61 ans, journalier, entre le 28 mars 1889, à l'hôpital Beaujon, service de M. L. Labbé, salle Blandin, 16.

Aucun antécédent scrofuleux ni syphilitique. Parents bien portants. Pas de maladies antérieures. Marié et père de plusieurs enfants en parfaite santé.

En février 1889, le malade travaillant dans une pièce humide ressentit des douleurs dans le genou gauche, le lendemain, la marche était gênée. Au bout de trois ou quatre jours, gonflement du genou, qui se fléchit un peu, douleurs nocturnes. Un médecin consulté, fait des injections de morphine au niveau du genou malade, prescrit des vésicatoires, puis applique des pointes de feu.

Les douleurs augmentant, le malade se décide à entrer à l'hôpital le 28 mars.

29 mars. Opération. Arthrotomie : deux incisions latérales verticales. La synoviale est épaisse, infiltrée, tapissée de fongosités. Grattage avec la curette. Lavage au sublimé à 1 p. 1000. Drainage, sutures. Pansement au salol. Compression ouatée, immobilisation avec l'attelle de Volkmann.

15 avril. Pansement : un peu de pus à l'orifice du drain interne ; on touche au naphtol camphré.

Le 28. On enlève les drains et les points de suture. Réunion. Le maximum atteint par la température a été de 38°,7 le 8e jour.

Depuis le 20 mai, la plaie est complètement cicatrisée.

Le 29. Le genou a son volume normal, pas de douleur à la pression, mouvements de flexion très limités. Etat général excellent. Exeat le 5 juillet.

Le malade est revu six mois après : les mouvements du genou sont un peu limités : bon état de l'articulation. Pas de douleurs. Le malade a pu reprendre son travail.

Obs. CXXX. — *Arthrite tuberculeuse du genou. — Arthrectomie synoviale. — Iodoforme. — Guérison.* (Maske. *Centralbl. f. Chir.*, 1882.)

Jules B..., entré le 30 janvier 1882. Pendant l'été de l'année précédente, douleurs dans le genou, qui résistèrent à tous les traitements dirigés contre elles. Depuis quatre mois l'enfant n'est plus en état de marcher. Gonflement médiocre, peu d'épanchement. Les condyles, surtout l'interne, sont douloureux. Pas de fièvre. Plâtre.

Le 10 février, on enlève le plâtre, la douleur a augmenté.

Diagnostic : tuberculose du genou ayant débuté probablement par le condyle interne du fémur. L'ouverture de l'articulation est indiquée.

11 février. Opération. Les os sont indemnes, les cartilages sont recouverts de granulations tuberculeuses, la synoviale est infiltrée de tuberculose. La synovie est augmentée, et colorée en brun sale. On enlève toute la synoviale par dissection avec la pince et les ciseaux. Les ligaments croisés sont sectionnés pour pouvoir atteindre tous les replis de la synoviale. Grattage soigné des granulations tuberculeuses après un lavage, sutures au catgut des ligaments croisés et des cartilages.

La cavité articulaire est saupoudrée d'iodoforme ; suture de la peau au catgut, drain.

Pansement de Lister. Plâtre s'étendant au bassin. Le 12. T. 28°,4. Le 13. 39°,8. Etat général bon. Pas de pansement. Le 14. Température tombe. Le 15. Température normale. Après 4 semaines, le 11 mars tout est fermé.

Avant la 6e semaine, l'enfant se lève et essaie de marcher. Pas de douleurs pendant la marche.

Genouillère qui protège le genou et empêche les mouvements exagérés. La rotule est peu mobile. Il reste un peu de mobilité de la jambe et du genou. Etat général excellent.

Obs. CXXXI. — *Arthrite tuberculeuse du genou. — Arthrectomie. — Iodoforme. — Guérison.* (Maske. *Centralbl. f. Chir.*, 1882.)

Guillaume B..., né le 30 août 1876, entré le 20 février.

Le 25 février, il subit une arthrectomie synoviale. Ses ligaments croisés étaient détruits. Le cul-de-sac supérieur était rempli de masses fongueuses en dehors, la synoviale est perforée ; il existait un prolongement de masses caséeuses qui allaient jusqu'au tibia. Les cartilages d'encroûtement étaient détruits en partie par des fongosités. Grattage et rugination. Pulvérisation iodoformée dans l'articulation. Pansement de Lister, un drain dans l'articulation, un second au niveau du tibia, un troisième dans le cul-de-sac supérieur. Pendant la première semaine, la température monta jusqu'à 40°, mais l'état général était bon.

25 mars. Premier pansement. Réunion parfaite, un peu de pus seulement à la partie externe du tibia, au niveau du drain.

Obs. CXXXII. — *Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. — Ablation de toute la partie malade à la cuiller tranchante. — Arthrectomie. — Iodoforme et pansement à l'iodoforme. — Guérison.* (M. Bouilly, in Petitot, th. doct. Paris, 1884, Obs. résumée.)

X.., âgé de 20 ans, présentant un gonflement de la malléole externe droite et de toute l'extrémité inférieure, datant de trois ans ; marche impossible, palpation douloureuse ; diagnostic établi à l'entrée à l'hôpi-

tal : Ostéite de la malléole externe probablement tuberculeuse avec tendance à l'envahissement.

13 avril 1883. Opération, Longue incision verticale sur le péroné, évidement avec cuiller tranchante ; la malléole enlevée presque en totalité, astragale également atteint, ablation avec la cuiller tranchante de sa surface articulaire, de celle du tibia et de la malléole interne ; en somme résection des surfaces articulaires. Pansement avec de l'ouate et poudre d'iodoforme après de grands lavages phéniqués. Mêmes pansements renouvelés tous les dix jours. Au bout d'un mois les plaies profondes et superficielles étaient couvertes de bourgeons vigoureux de bonne nature. Au mois de juin le malade pouvait se lever et marcher avec des béquilles, en juillet il partait à la campagne. Le pied a une bonne attitude, pouvant être fléchi et étendu sur la jambe. Etat général excellent.

Au mois de septembre ce malade annonçait par lettre qu'il pouvait poser son pied par terre facilement et sans douleur.

Obs. CXXXIII. — *Tumeur blanche du genou, ankylose. — Arthrectomie partielle. — Gaze iodoformée. — Guérison.* (Ardle. *The Dublin med. Journ.*, 1888. Obs. III, résumée.)

Pierre D..., entré le 17 septembre 1885. Depuis trois ans douleurs dans le genou gauche, à la suite d'une contusion. Divers traitements sans résultats. Après un séjour aux bords de la mer, amélioration notable ; puis les douleurs reparaissent, ankylose fibreuse, genou volumineux, empâté, douloureux. Arthrotomie ; issue d'une quantité considérable de pus crémeux ; ablation des fongosités avec la curette. Synovectomie partielle. Plaie bourrée de gaze iodoformée. Guérison rapide. Un mois après l'opération, le malade marchait avec une canne. Depuis lors, bon état.

Obs. CXXXIV. — *Tumeur blanche du coude. — Arthrectomie. — Iodoforme. — Guérison.* (Israel. *Berl. Klin. Wosch.*, 1886.)

Enfant, 6 ans 1/2. En 1881, arthrectomie synoviale du coude pour tumeur blanche. Grattage, extrémité supérieure du cubitus. Cavité bourrée de gaze iodoformée. Pansement ouaté. Conservation parfaite des mouvements.

Obs. CXXXV. — *Tumeur blanche du genou. — Arthrectomie. — Iodoforme. — Guérison.* (Israel. *Berl. Klin. Wosch.*, 1886.)

Garçon, 10 ans, opéré en 1884. Arthrotomie, excision et grattage de la synoviale et des cartilages semi-lunaires. Iodoforme. Mouvements de l'articulation en grande partie conservés.

Obs. CXXXVI. — *Arthrite tuberculeuse du genou.— Arthrectomie.— Iodoforme. — Guérison avec fistule.* (Delorme. *Bull. et mém. Soc. Chir.*, mars 1888. Résumée.)

Tumeur blanche synoviale du genou gauche chez un adulte. Arthrectomie par le procédé de Mackenzie ; ablation de toute la synoviale fongueuse et de tous les ligaments, hormis le ligament postérieur. Plaie saupoudrée d'iodoforme ; drainage. Sutures. Terminaison par ankylose ; fistule persistante, guérison incomplète.

Obs. CXXXVII. — *Arthrite tuberculeuse du genou. —Arthrectomie.— Guérison avec fistule. — Iodoforme.* (Delorme. *Bull. et mém. Soc Chir.*, mars 1888. Résumée.)

Tumeur blanche synoviale du genou gauche, chez un adulte, 48 ans. Masses tuberculeuses assez considérables des parties latérales du cul-de-sac sous-tricipital ; fongosités du reste de la synoviale, arthrectomie synoviale.

Pulvérisation iodoformée. Drains, sutures. Suppuration, fistules persistantes.

Obs. CXXXVIII. — *Arthrite tuberculeuse du genou. — Arthrectomie.— Iodoforme. — Guérison avec ankylose.* (Delorme. *Bull. et mém. Soc. Chir.*, mars 1888. Résumée.)

Arthrite fongueuse du genou gauche, tubercule circonscrit d'un condyle fémoral et nodule fongueux de la synoviale à son niveau. Homme de 24 ans. Ablation de la synoviale, de tous les ligaments, hormis le ligament postérieur, ablation de la rotule, évidement du condyle malade. Pulvérisation iodoformée. Suppuration, lavage de l'articulation à l'acide phénique ; guérison au bout de 6 mois. Ankylose complète et rectiligne.

Obs. CXXXIX. — *Arthrite tuberculeuse du genou. — Arthrectomie. — Guérison.* (Delorme. *Gaz des hôpitaux*, avril 1888. Résumée.)

Arthrite tuberculeuse du genou droit. Homme de 32 ans. Lésions paraissant intéresser plutôt les os que la synoviale. Arthrectomie ; ablation de la synoviale du cul-de-sac sous-tricipital, de la rotule atteinte d'ostéite, excision du condyle externe du fémur, curage de longs diverticules cruraux ; même traitement. Guérison très rapide ; genou ankylosé dans la rectitude.

Obs. CXL. — *Résection partielle du poignet pour tuberculose. — Iodoforme. — Guérison.* (Prof. Sacré. *Journ. de Médecine. Bruxelles*, avril 1889. Obs. VI.)

Homme de 41 ans, malade depuis six mois. Tumeur blanche du poignet droit ayant débuté cinq mois auparavant après une chute sur la paume de la main; gonflement, douleurs. Mouvements douloureux : craquements articulaires, peau rouge, tendue, pas de fistules.

7 mars 1887. Résection du poignet par l'incision de Lister. Ablation du scaphoïde et du pyramidal, seuls malades. Grattage et excision des parties molles malades. La plaie est bourrée de boulettes iodoformées, un drain est placé à la partie déclive; on suture la plus grande partie de l'incision. Pansement antiseptique compressif. On enlève la bande d'Esmarch.

Le 9. Pansement, on enlève les bandelettes iodoformées et la cavité est remplie de poudre d'iodoforme. Immobilisation.

Le 14. On retire le drain.

Le 19. On enlève les sutures.

Le 26. Réunion complète.

En avril, mouvements de flexion et d'extension.

20 juin. Exeat. Guérison bonne. Les mouvements articulaires volontaires sont possibles, mais limités.

4° — *Résections.*

Obs. CXLI. — *Olénite fongueuse. — Résection du coude. — Thymol. Guérison.* (J. Collon. Th. de Berne, 1886.)

I. G. L., 25 ans. Entrée le 1er avril 1872 (clinique de Köcher). Depuis 4 ans bras devenu ankylosé, coude enflé, formation d'un abcès para-articulaire. Incision de celui-ci. Écoulement de pus et formation d'une fistule.

Diagnose : Olénite fongueuse.

1er mai 1872. Résection du coude, irrigation au thymol. Pansement à la glycérine phéniquée. Guérison rapide.

25 juillet 1872. Patient quitte l'hôpital guéri, et les mouvements du coude sont très satisfaisants.

Obs. CXLII. — *Arthrite fongueuse de la hanche avec abcès en arrière du trochanter. — Résection. — Irrigation au thymol* 1 0/0. — *Guérison avec fistules.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

K. G., 9 ans. Entrée le 17 janvier 1878. Depuis le mois d'août 1875, l'enfant boite. Légères douleurs dans la cuisse. En automne 1877, chute

multiples. Légère enflure de la hanche. Autrefois bien portant. Poumons sains. Famille saine.

Diagnose : Arthrite fongueuse de la hanche avec formation d'un abcès derrière le grand trochanter. Extension. Taylord sans effet. Incision avec le thermocautère d'un abcès derrière le grand trochanter.

5 juin 1878. Résection de la hanche avec le thermocautère. Irrigation au thymol 10/00. Pas de suture. Pansement à l'acide phénique. Ouate à l'acide benzoïque.

20 août 1878. Guérison lente avec sécrétion forte et fièvre. Patient quitte l'hôpital avec des fistules.

Obs. CXLIII. — *Arthrite tibio-tarsienne suppurée.—Résection, grattage. — Baume du Pérou. — Guérison.* (Sayre. *Orthopédie*, trad. franç., p. 142, 1887. Obs. résumée.)

L. R..., 9 ans, entorse quelques mois auparavant. Résection sous-périostée des os cariés. Grattage. Drainage avec séton d'oakum (étoupe goudronnée provenant de vieux câbles) imprégné de baume du Pérou. Guérison, maintenue 7 ans après.

Obs. CXLIV. — *Coxalgie suppurée. — Résection. — Baume de Pérou. — Guérison avec conservation parfaite des mouvements.* (Sayre. *Loc. cit.)*

Adolph.., 9 ans. Coxalgie droite suppurée. Résection. Ablation de 8 centimètres du fémur et de la cavité cotyloïde. Reproduction presque complète de l'os. Irrigation à l'eau chaude. Baume du Pérou, dans l'articulation. Tampons d'oakum. Un an après, l'enfant marche facilement avec des béquilles; depuis il marche, court, patine, sans béquilles ni canne. Pas de raccourcissement.

Obs. CXLV.—*Coxalgie suppurée avec fistules.— Résection.—Baume du Pérou. — Guérison.*(Sayre. *Loc. cit.)*

Bernard.., 9 ans. Coxalgie droite avec abcès et fistule. Résection. Ablation sous-périostée de l'extrémité supérieure du fémur, cavité cotyloïde perforée. Cavité bourrée de baume du Pérou. Guérison avec conservation des mouvements. Raccourcissement au-dessous de 1 centimètre.

Obs. CXLVI. — *Coxalgie suppurée. —Résection.— Baume de Pérou. Guérison.* (Sayre. *Loc. cit.)*

Mathilde..., 14 ans. Coxalgie suppurée, fistule. Résection. Perforation de la cavité cotyloïde. Abcès intra-pelvien. Fracture du fémur

pendant l'opération. Plaie irriguée à l'eau chaude, bourrée de baume du Pérou et d'oakum. Guérison cinq mois après. Quatre ans plus tard, raccourcissement de 2 centimètres; la malade court, danse.

Obs CXLVII. — *Ostéite de l'astragale. — Arthrite talo-calcanéenne.— Résection partielle, irrigation au bismuth* 1 0/0. — *Gaze au bismuth.* — *Guérison.* — *Marche.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

H. R., 14 ans. Entrée, 28 avril 1883. En janvier 1883, faux pas. Légères douleurs dans la marche 2 semaines plus tard, enflure sur le dos du pied et sous le malléole interne. Douleurs plus intenses. Depuis, marche impossible. Poumons sains; famille saine.

Diagnose: Ostéite de l'astragale. Arthrite talo-calcanéenne.

10 juillet 1883. Incision en étrier. Coupe transversale du calcanéum. Excision de la portion postérieure du calcanéum. Excision totale de l'astragale.

Irrigation au bismuth 1 0/0. Gaze au bismuth. Par-dessus gaze à l'acide phénique.

20 juillet 1883. Plaie guérie par première intention. Patient peut marcher sans douleurs.

Obs. CXLVIII. — *Arthrite fongueuse naviculo-cunéiforme avec foyers tuberculeux dans le naviculaire. — Résection partielle, irrigation au bismuth* 1 0/0 — *Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

L. R., 16 ans. Entrée, 19 juin 1882. En août 1881, sans cause directe, enflure du dos du pied, 8 jours plus tard perforation spontanée vers la malléole interne. Fistule ouverte jusqu'en décembre 1881. Jusqu'en mai. 1882, amélioration. Depuis, nouvelle enflure perforée spontanément. Depuis juin, nouvelle fistule au bord externe du pied.

En 1877, pleurésie et péricardite.

Diagnose: Arthrite fongueuse naviculo-cunéiforme avec foyer tuberculeux dans le naviculaire.

17 juillet 1882. Excision du cuboïde, du naviculaire et des 3 cunéiformes. Irrigation au bismuth au 1 0/0; suture secondaire. Gaze au bismuth et à l'acide phénique.

11 août 1882. Plaie rapidement guérie.

12 septembre 1882. Patiente quitte l'hôpital très bien guérie.

Obs. CXLIX. — *Arthrite fongueuse de la partie antérieure du tarse.— Résection, irrigation au bismuth* 1 0/0. — *Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

S. G., 30 ans. Entrée, 12 février 1883. Il y a 1 mois, pneumonie; 4 mois auparavant légère distorsion du pied.

Douleurs sous le milieu de la plante. 15 jours progression rapide après une forte marche. Travail impossible. Révulsifs et fixation sans effets. Autrefois bien portant. Poumons sains. Rien dans l'hérédité. Diagnose : arthrite fongueuse de la partie antérieure du tarse.

1er mars 1883. Résection transversale des os du tarse. Excision du naviculaire du premier cunéiforme et du cuboïde. Irrigation au bismuth 1 0/0. Gaze au bismuth et à l'acide phénique.

28 avril 1883. Patient quitte l'hopital guéri, avec de bonnes fonctions du pied.

Obs. CL. — *Ostéite fongueuse de l'astragale avec arthrite talo-calcanéenne. — Résection, grattage, irrigation au bismuth* 1 0/0. — *Gaze au bismuth. — Guérison : ankylose.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

F. D., 16 ans. Entrée 8 janvier 1883. Patient toujours maladif. En 1882 fracture de l'olécrâne qui guérit après 7 semaines.

En juin 1882, distorsion du pied. Douleurs sur le dos du pied. Enflure, progressive. Poumons sains. Rien dans l'hérédité.

Diagnose : Ostéite fongueuse de l'astragale avec arthrite talo-calcanéenne.

22 février 1883. Excision de l'astragale. Grattage du calcanéum. Irrigation au bismuth, par-dessus gaze à l'acide phénique, suture secondaire.

4 octobre 1883. Guérison lente avec abcès. La cure de Schinznach ferma complètement les fistules. Pied ankylosé. Fonctions satisfaisantes.

Obs. CLI. — *Arthrite fongueuse des articulations tibio-tarsienne et talo-calcanéenne. — Résection, irrigation au bismuth* 1 0/0. — *Amputation.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

B. H., 24 ans. Entrée 25 juin 1883. En mars 1882, faux pas. Marche possible sans douleur jusqu'en août 1882. Depuis, douleurs aiguës à la malléole externe. Marche presque impossible. En avril 1883, perforation spontanée d'un abcès de la malléole externe. Écoulement de pus. Fistule.

Autrefois bien portant. Poumons sains. Un frère est mort phtisique.

Diagnose : Arthrite fongueuse des articulations tibio-tarsienne et talo-calcanéenne.

17 juillet 1883. Excision de l'astragale. Résection partielle du calcanéum et résection des malléoles.

Irrigation au bismuth 1 0/0. Gaze au bismuth.

Par-dessus gaze à l'acide phénique. Suture secondaire, 4 octobre 1883.

Patient dut être amputé à cause de la suppuration, de la fièvre hectique et de l'amaigrissement.

Obs. CLII. — *Arthrite fongueuse caséeuse tibio-tarsienne. — Résection, irrigation au bismuth* 2 0/0. — *Gaze au bismuth. — Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

H. E, 18 ans. Entrée 27 août 1883. En 1881, distorsion du pied; guérie après 3 semaines. En avril 1883 nouvelle distorsion, 3 semaines après enflures des deux malléoles. Incision d'un abcès à la malléole interne. Ecoulement de pus. Fistule.

Comme enfant, bien portante. Poumons sains. Famille saine.

Diagnose : Arthrite fongueuse caséeuse de l'articulation tibio-tarsienne.

3 octobre 1883. Résection de l'articulation tibio-tarsienne. Excision totale de l'astragale. Résection des malléoles. Irrigation au bismuth 2 0/0. Suture secondaire. Gaze au bismuth, par-dessus gaze à l'acide phénique.

23 novembre 1883. Guérison par première intention. Patient quitte l'hôpital avec de très bonnes fonctions du pied.

Obs. CLIII. — *Arthrite fongueuse tibio-tarsienne. — Résection de l'astragale et des deux malléoles. — Irrigation au bismuth* 1 0/0. — *Gaze au bismuth. — Guérison bonne.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

S. J., 59 ans. Entrée 30 avril 1883. En janvier 1880, douleurs dans la malléole externe, qui disparurent bientôt complètement. En janvier 1881, distorsion au pied. Enflure du dos du pied, marche encore possible. En automne 1881, après un refroidissement et une fatigue, le pied devient enflé et douloureux. Etat à peu près le même jusqu'en janvier 1883.

Marche encore possible jusqu'en février. Progression de l'enflure.

A 30 ans, typhus. Poumons sains, pas de tuberculose dans la famille.

Diagnose : Arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne.

1er juin 1883. Excision totale de l'astragale. Résection des deux malléoles. Irrigation au bismuth, 1 0/0. Suture secondaire. Gaze au bismuth. Par-dessus gaze à l'acide phénique.

12 juillet 1883. Guérison par première intention. Résultat très satisfaisant. Patient quitte l'hôpital complètement guéri.

Obs. CLIV. — *Arthrite tuberculeuse chronique de la main. — Résection. — Irrigation au bismuth* 1 0/0. — *Gaze au bismuth. — Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

K. J., 24 ans. Entrée 22 septembre 1883. Il y a trois semaines, chute sur la main droite. Patient put encore faire pendant 2 heures l'exercice militaire. Massage. Difformité de la main. Rien dans l'hérédité. Poumons sains.

Diagnose : Arthrite fongueuse perchronique de la main, en suite d'une

chute et d'une fracture de la partie inférieure du radius. Luxation ovalaire de la main.

2 octobre 1883. Extirpation du fragment mal réduit (extrémité inférieure externe du radius). Irrigation au bismuth 1 0/0. Gaze au bismuth. Par-dessus, gaze au carbol.

1er novembre 1883. Plaie guérie par première intention. Patient quitte l'hôpital avec un appareil plâtré. Doigts très mobiles.

Obs. CLV. — *Arthrite fongueuse du coude. — Résection. — Irrigation au bismuth* 1 0/0. — *Gaze au bismuth. — Guérison. — Ankylose.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

Z. E., 8 ans. Entrée 21 mai 1883. Depuis trois mois, douleurs dans le coude droit. Enflure. Mouvements très gênés. Poumons sains. Famille saine. Diagnose : Arthrite fongueuse du coude.

10 juillet 1883. Résection du coude. Surfaces osseuses intactes. Irrigation au bismuth 1 0/0. Gaze au bismuth. Par-dessus gaze phéniquée. Suture secondaire.

Le 26. Plaie guérie par première intention. Patient quitte l'hôpital. Pas encore de mouvements du coude.

Obs. CLVI. — *Arthrite fongueuse du coude avec foyer dans l'olécrâne. — Résection. — Irrigation au bismuth* (10 0/0). — *Poudre de bismuth sur la surface de la plaie. — Guérison avec fistule.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

R. P., 56 ans. Entrée 5 mars 1882. En avril 1877, chute sur la main gauche. Distorsion de la main. Ankylose de la main au bout de 3 mois, après différentes formations d'abcès.

6 mois plus tard, enflure douloureuse du coude gauche.

3 mois plus tard, abcès du coude. Perforation spontanée. Écoulements de pus. Fistule guérie 2 ans après.

Janvier 1882. Nouvelle enflure et rougeur du coude. Fièvre. Amaigrissement.

Famille saine. Poumons sains. Femme phtisique.

Diagnose : Arthrite fongueuse du coude avec foyer dans l'olécrâne.

21 avril 1882. Résection du coude. Irrigation au bismuth (10 0/0). Poudre de bismuth sur la surface de la plaie. Suture secondaire. Gaze au bismuth, par-dessus gaze phéniquée.

25 mai 1882. Guérison rapide. Patient quitte l'hôpital avec une fistule; ne fait pas encore les mouvements du coude.

Obs. CLVII. — *Arthrite tuberculeuse suppurée de l'épaule. — Résection. — Irrigation et pansement au bismuth. — Guérison avec fistules.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

K. J., 19 ans. Entrée 14 juin 1883. Patient toujours sain jusqu'en janvier 1883. A cette époque douleurs dans l'épaule gauche. Mouvements intacts. Travail possible ; tuméfaction de la peau. Incision d'un abcès para-articulaire et formation d'une fistule. 8 jours plus tard, perforation spontanée de 2 abcès à la fesse gauche. Depuis mars 1883, tuméfaction de la première phalange du gros orteil gauche ; 3 semaines plus tard perforation spontanée.

Famille saine. Poumons sains.

Diagnose : Arthrite fongueuse purulente diffuse de l'épaule. 16 juillet 1883, résection de l'épaule. Irrigation et pansement au bismuth. Suture. Drainage.

15 décembre 1883. Plaie et résection guérie par première intention. Il s'est formé 2 abcès derrière l'épaule.

Patient quitte l'hôpital avec 2 fistules. Atrophie au bras et troubles fonctionnels.

Obs. CLVIII. — *Coxalgie tuberculeuse avec subluxation rétro-glénoïdienne. — Résection. — Irrigation avec le lait de bismuth* 10 0/0. — *Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

P. A., 10 ans ; entrée le 9 janvier 1882. Comme enfant, rougeole, scarlatine, angine phlegmoneuse. Depuis 2 ans douleurs dans le genou droit. Sentiment de fatigue dans la jambe. En automne 1880, l'enfant ne peut plus marcher à cause des douleurs dans la hanche droite. Cautérisation de la hanche avec des moxas et le thermocautère. Elle garda ensuite le lit jusqu'en avril 1881 sans traitement. Ensuite extension.

Eczéma de la face. Conjonctivite phlycténulaire. Glandes tuberculeuses du cou. Poumons sains. Père mort de phtisie.

Diagnose : Coxarthrite fongueuse avec subluxation rétro-glénoïdienne.

25 août 1882. Résection de la hanche. Irrigation avec le lait de bismuth 10 0/0 ; suture secondaire. Pansement à l'acide phénique. Extension.

26 octobre 1882. Guérison assez rapide. L'enfant quitte l'hôpital avec une fistule. Mouvements passifs très bons.

Obs. CLIX. — *Ostéite de l'astragale. — Arthrite fongueuse suppurative de l'articulation tibio-tarsienne. — Résection. — Acide salicylique. — Guérison.* (Collon, Th., de Berne, 1886.)

G. J., 16 ans. Entrée le 17 mai 1880. En avril 1880, distorsion du pied. Claudication immédiate. Le lendemain enflure des deux malléoles. Le

surlendemain, marche impossible. Repos au lit. Progression du mal. Le 3 mai, perforation spontanée d'un abcès à la malléole interne. Ecoulement de pus, 2 fistules.

Autrefois bien portant. Poumons sains. Rien dans l'hérédité.

Diagnose : Ostéite de l'astragale. Arthrite fongueuse suppurative de l'articulation tibio-tarsienne.

15 juillet 1880. Résection de l'articulation tibio-tarsienne. Excision totale de l'astragale. Acide salicylique.

29 octobre 1880. Guérison lente mais très bonne. Patient quitte l'hôpital et peut marcher sans douleur.

Obs. CLX. — *Arthrite fongueuse de la hanche. — Résection. — Irrigation avec l'acide salicylique* 1 : 400. — *Guérison. — Abcès.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

M. V., 8 ans. Entrée le 21 octobre 1878. En 1877, chute sur le dos et sur la hanche gauche. Depuis claudication et douleurs dans la hanche. En février 1878, incision d'un abcès à la partie antérieure de la cuisse. Depuis l'enfant ne peut marcher qu'avec des béquilles. Progression. Autrefois bien portant. Poumons sains. Parents sains. Diagnose: Ostéite primaire du fémur. Synovite fongueuse secondaire.

26 octobre 1878. Résection de la hanche. Irrigation avec acide salicylique 1 : 400. Suture définitive. Drainage. Pansement à l'acide phénique. Extension.

23 février 1879. Guérison lente avec suppuration et fistule. Mouvements très limités. Patient quitte l'hôpital avec un Taylord. Plus tard, abcès dans le voisinage de la hanche.

Obs. CLXI. — *Synovite fongueuse du coude. — Résection. — Acide salicylique. — Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

K. M..., 18 ans, entrée le 19 avril 1880. En automne 1879, coup sur le coude droit, sans suite directe.

Février 1880. Sans cause directe, enflure douloureuse du coude droit; progression. Mouvements gênés. Comme enfant, pneumonie et glandes; poumons sains, famille saine.

Diagnose : Synovite fongueuse du coude sans foyer primaire.

29 mai 1880. Résection du coude. Irrigation à l'acide salicylique. Drainage, suture définitive; pansement à l'acide phénique.

24 juin 1880. Patient guéri par première intention, quitte l'hôpital. Fonctions du bras très bonnes.

Obs. CLXII. — (J. Boeckel. *Chir. antisept.*, 1882. Résumée.)

Arthrite tuberculeuse scapulo-humérale. Homme de 23 ans, fistule. Résection de l'humérus et de l'extrémité externe de la clavicule cariés.

Tamponnement avec bourdonnets de charpie imbibés de *solution phéniquée forte*. Pansement de Lister. Guérison maintenue depuis 6 ans.

Obs. CLXIII. — (J. Bœckel. *Chir. antis.*, 1882.)

Carie partielle du carpe. Résection partielle du grand os, de l'os crochu, de la base des métacarpiens correspondants. *Solution phéniquée forte*. 3 drains. Pas de réunion. Lister. Guérison au bout d'un mois.

Obs. CLXIV. — *Ostéo-arthrite fongueuse du coude. — Résection. — Solution phéniquée à 5/100. — Guérison complète.* (M. Bouilly, in M. Petitot. Th. doct., 1884. Résumée.)

Mme R.... âgée de 37 ans, entrée au début d'avril à l'hôpital Beaujon, service de M. Labbé. A l'âge de 27 ans elle a observé une douleur dans le coude droit, un gonflement et à la partie postérieure de la jointure. Teinture d'iode et pointes de feu sans résultats. Tumeur blanche consécutivement avec fistule externe.

Le 24 avril, anesthésie et résection sous-périostée, grattage des parties molles, ablation des fongosités, lavages avec la solution phéniquée au 5 0/0, poudre d'iodoforme, pansement, immobilisation. Trois pansements en dix jours, bon état de la plaie ; au 10e jour érysipèle ambulant qui parcourt tout le corps, malgré cela, bonne cicatrisation ; nouveau plâtre le 17 mai. A partir de ce jour, simple pansement tous les 5 jours avec de l'iodoforme et du coton phéniqué. Cicatrisation complète le 1er juin ; la malade quitte l'hôpital avec son bras en écharpe.

La malade revue le 21 janvier 1884 se sert très bien de son bras, porte la main en haut, etc., il existe seulement un peu de raideur. En somme, résultat très satisfaisant.

Obs. CLXV. — *Arthrite fongueuse de la hanche avec abcès para-articulaires. — Résection, irrigation à l'acide phénique* 5 0/0. — *Mort par intoxication phéniquée.* (Collon. Thèse, Berne, 1886.)

H. A., 14 ans. Entré le 8 novembre 1877. En 1875, chute sur la hanche sans suite directe, peu de temps après, l'enfant boite et a des douleurs dans la hanche et le genou droits. 6 mois plus tard, enflure douloureuse à la partie antérieure de la cuisse qui perfora spontanément après huit jours. Écoulement de pus. Plus tard, formation successive de 3 abcès et fistule dans le voisinage du grand trochanter. Progression rapide. Autrefois bien portante Poumons sains, famille saine.

Diagnose : Arthrite fongueuse de la hanche avec abcès para-articulaire.

17 janvier 1878. Résection de la hanche. Incision des abcès. Irrigation à l'acide phénique 5 0/0.

Pansement à l'acide phénique ; extension, 27 janvier 1878. Mort ensuite d'intoxication par l'acide phénique. Transfusion inutile.

Obs. CLXVI. — *Cheirarthrite fongueuse diffuse (poignet). — Résection. — Irrigation au carbol à 2 0/0. — Guérison avec suppuration.* (Collon. Thèse, Berne, 1886.)

W. E..., 9 ans, entrée le 12 janvier 1882. Mars 1881, coqueluche. Hématémèse. Diarrhée. Conjonctivite des 2 yeux. En juin, enflure de la main gauche sans cause directe. Douleurs sourdes, atrophie de l'avant-bras. Progression lente.

Rien dans l'hérédité. Poumons sains.

Diagnose : Cheirarthrite fongueuse diffuse, en suite d'une coqueluche.

6 février 1882. Résection totale de la main. Irrigation *au carbol* 2 0/0. Pansement à l'acide phénique. Suture secondaire.

18 avril. Guérison lente avec suppuration. Plaie infectée par un érysipèle.

Patient quitte l'hôpital avec des mouvements limités de la main et des doigts.

Obs. CLXVII. — *Synovite fongueuse du coude. — Résection. — Acide phénique. — Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

S. C..., 6 ans. Entrée le 12 mai 1879. En janvier 1879, chute sur le coude. Douleurs. Mouvements très gênés. Enflure du coude. Spina ventosa du 2e métacarpien gauche. Enfant sain. Poumons sains.

Diagnose : Synovite fongueuse du coude.

27 mai 1879. Résection du coude. Acide phénique. Lister. Suture. Drainage.

23 juin 1873. Guérison rapide. Patient quitte l'hôpital avec de très bons mouvements.

Obs. CLXVIII. — *Arthrite fongueuse du coude droit avec luxation du radius. — Résection. — Acide phénique. — Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

E. G., 15 ans, entrée le 17 avril 1871. En 1879, scarlatine. Longue convalescence. 2 ans après douleurs dans les deux coudes. Mouvements gênés. Après 5 ans, le coude gauche était guéri. Le coude droit ne s'est pas amélioré. Enflure augmente, travail possible jusqu'en automne 1878. Pas de toux. Famille saine. Poumons sains.

Diagnose : Arthrite fongueuse au coude droit avec luxation pathologique du radius.

25 avril 1879. Résection du coude, pansement à l'acide phénique. Drainage, suture.

21 mai 1879. Plaie rapidement guérie. Patient quitte l'hôpital avec des mouvements satisfaisants.

Obs. CLXIX. — *Ostéite primaire de l'olécrâne. — Arthrite fongueuse du coude secondaire. — Résection. — Acide phénique. — Guérison avec fistules.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

J. F., 20 ans ; entrée le 11 avril 1878. Depuis mai 1877, légère enflure douloureuse à l'olécrâne. L'affection progresse lentement jusqu'au nouvel an 1878. En mars 1878, formation d'un abcès, incisions, écoulement de pus. Fistule.

Diagnose : Ostéite primaire de l'olécrâne. Arthrite fongueuse du coude secondaire.

2 mai 1878. Résection du coude, suture. Drainage, pansement à l'acide phénique.

16 septembre 1878. Guérison lente avec suppuration. Patient quitte l'hôpital avec une fistule. Mouvements peu marqués. Plus tard, spondylite cervicale.

Obs. CLXX. — *Olénite fongueuse du coude droit. — Acide phénique. — Guérison avec fistules.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

Z. J., 20 ans ; entrée le 4 janvier 1875. Fin juin 1874, douleurs aiguës dans le coude droit.

Juillet 1874. Fièvre typhoïde ayant duré 5 semaines.

En septembre 1874. Récidive de fièvre typhoïde ayant duré 7 semaines. Enflure et douleurs du coude augmentent.

Patient maladif. En 1872, pneumonie. Père mort d'une spondylite. Mère tousse. 2 frères morts de phtisie. Diagnose : Olénite fongueuse.

13 janvier 1875. Résection du coude. Cautérisation avec chlorure de zinc (1 : 12). Lister complet. Drainage.

22 avril 1875. Patient quitte l'hôpital. Guérison lente avec suppuration et fistule.

Mouvements satisfaisants.

Obs. CLXXI. — *Synovite fongueuse du coude gauche. — Acide phénique. — Guérison bonne.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

G. E., 17 ans ; entrée le 17 février 1873. Il y a 10 ans, contusion du coude sans conséquence directe. Il y a 2 ans, pleurésie droite. Depuis 1 ans sans cause directe, douleur dans le coude gauche, flexion très gênée.

Au nouvel an perforation spontanée d'un abcès au-dessus du condyle interne de l'humérus.

Bras atrophié. Patient, rien dans l'hérédité.

Diagnose : Synovite fongueuse du coude gauche.
20 février 1873. Résection du coude. Lister complet.
Appareil plâtré. Bras fixé à l'angle droit.
Guérison lente avec suppuration.
30 mai 1873. Patient quitte l'hôpital guéri.
Mouvements du coude très satisfaisants.

Obs. CLXXII. — *Olénite fongueuse du coude, pas de lésions osseuses. — Acide phénique. — Guérison avec fistules.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

G. W. R..., 32 ans ; entrée le 22 avril 1882.

Depuis 1 an 1/2, troubles fonctionnels du coude sans cause apparente. Depuis 2 mois, gonflement douloureux du coude, mouvements à peu près nuls. Il y a 4 ans, scarlatine. Depuis, toux chronique. Rien dans l'hérédité.

Diagnose : Olénite fongueuse sans affection osseuse.
2 mai 1872. Résection du coude (*acide phénique*).
Lister complet. Drain à l'angle droit.
16 décembre 1872. Patiente dut être amputée. La plaie de résection est à peu près guérie, mais il s'est formé plusieurs fistules. En outre, est survenu un érysipèle du bras et un abcès dans l'articulation de la main. Infiltration des sommets pulmonaires.

Obs. CLXXIII. — *Arthrite fongueuse de la hanche. — Résection. — Irrigation au carbol* 1 0/0. — *Guérison avec fistules.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

S. J..., 14 ans ; entrée le 16 janvier 1879. En mai 1878, sans cause directe, douleurs dans le genou et la hanche gauche. Claudication. Depuis novembre la jambe est plus courte. Progression. Patient garde le lit. Autrefois bien portant. Poumons sains. Parents sains.

Diagnose : Arthrite fongueuse de la hanche en suite d'une ostéite primaire du bassin.
1er février 1879. Résection de la hanche. Spray. Irrigation au carbol 1 0/0. Drainage. Pansement à l'acide phénique.
28 juin 1879. Patient quitte l'hôpital avec un Taylord et des fistules. Cure à Schinznach.

Obs. CLXXIV. — *Coxalgie tuberculeuse droite avec abcès para-articulaire. — Résection. — Irrigation au carbol* 1 0/0. — *Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

G. M., 10 ans, entrée le 14 avril 1879.

Depuis un an, sans cause directe, douleurs dans la hanche. Claudication. Sensation de fatigue. Teinture d'iode, et autres dérivatifs sans

effet. Plus tard, douleurs dans le genou, plus intenses que celles de la hanche. Elle peut aller à l'école jusqu'en mars 1879. Depuis, elle garde le lit. Tuméfaction de la région fessière.

Poumons sains. Pas de tuberculose dans la famille.

Diagnose : Coxite fongueuse droite avec abcès para-articulaire.

7 juillet 1879. Résection de la hanche. Foyer caséeux dans l'os iléon. Coxéite secondaire. Irrigation au carbol 1 0/0. Drainage. Suture définitive. Pansement à l'acide phénique.

11 mars 1880. Guérison lente avec forte suppuration et fièvre.

Diarrhées inquiétantes.

Patiente quitte l'hôpital avec un Taylord.

Obs. CLXXV. — *Arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne et talo-calcanéenne. — Résection. — Irrigation au carbol* 1 0/0. — *Intoxication phéniquée. — Amputation.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

A 10 ans, rougeole, ensuite, otite moyenne. Glandes scrofuleuses du cou. En 1877, douleurs dans le genou droit, sans cause directe. Enflure. Claudication. Flexion du genou.

Trois mois après, enflure douloureuse dans la région de la malléole externe du pied gauche. Progression malgré les dérivatifs. Depuis février 1883, fistule sous la malléole externe.

Poumons normaux. Mère tousse.

Diagnose : Arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsieune et talo-calcanéenne.

12 juillet 1883. Excision de l'astragale. Évidement du calcanéus. Résection des deux malléoles. Irrigation au carbol 1 0/0. Pansements à l'acide phénique.

13 février 1884. Patient dut être amputé parce que la plaie ne guérissait pas et parce qu'il avait d'autres foyers tuberculeux.

Obs. CLXXVI. — *Ostéo-synovite tuberculeuse du naviculaire et des cunéiformes. — Résection, irrigation à l'acide phénique. — Amputation de jambe.* (Collon. *Loc. cit.*)

M. J., 57 ans. Entrée 24 mars 1884. Comme enfant, sain. En 1851, typhus. A Palerme deux fois fièvres intermittentes. En juillet 1860 fracture oblique de la tête de l'humérus. Depuis janvier 1884 enflure douloureuse sur le dos du pied. Progression. Mouvements dans l'articulation du pied encore très bons.

Patient tousse : Depuis 6 ans hernie inguinale, 3 gonorrhées, 3 chancres mous. Matité du sommet du poumon droit. Glandes multiples.

Diagnose : Ostéo-synovite fongueuse tuberculeuse du naviculaire et des cunéiformes.

22 avril 1884. Résection transverse totale de la partie antérieeur du tarse, suture définitive. Drainage. Irrigation et pansement à l'acide phénique.

7 mai 1884. Amputation de la jambe nécessitée à cause d'une forte suppuration de fièvre hectique et d'amaigrissement.

Obs. CLXXVII. — *Coxalgie tuberculeuse. — Fracture du col du fémur. — Résection. — Irrigation avec carbol* 2 0/0, *ensuite avec du lait de bismuth. — Guérison.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

H. E..., 22 ans; entrée le 14 août 1882. En avril 1882, claudication. En juillet, douleurs internes dans la hanche. Marche impossible. Progression rapide. Autrefois bien portante. Poumons sains. Rien dans l'hérédité.

Diagnose : Coxite fongueuse. Fracture du col du fémur.

28 août 1882. Résection de la hanche. Irrigation avec carbol 2 0/0, ensuite avec du lait de bismuth 10 0/0. Suture secondaire. Pansement à l'acide phénique.

12 décembre 1882. Guérison par première intention. Patient quitte l'hôpital avec de très bons mouvements.

Obs. CLXXVIII. — *Coxalgie suppurée avec abcès ossifluent.* (J. Boeckel. *Chir. antis.*, 1882. Résumée.)

Enfant de 7 ans. Raclage et incision des parois de l'abcès.

Résection sous-trochantérienne, évidement du cotyle, excision des fongosités. Lavages à l'eau phéniquée et au *chlorure de zinc* 1/10. Pas de réunion. Lister, guérison au bout de six semaines. Articulation peu mobile, fistule au niveau d'un abcès.

Obs. CLXXIX.—*Coxalgie suppurée grave.* (J. Boeckel. *Chir. antis.*, 1882).

Enfant de 7 ans, abcès ossifluent. Résection sous-trochantérienne du fémur, évidement du cotyle, excision des fongosités, raclage de la cavité de l'abcès avec la curette de Volkmann. *Chlorure de zinc à* 1/10, drainage, Lister, guérison et exeat au bout de six semaines avec une articulation mobile.

Obs. CLXXX. — *Arthrite fongueuse suppurée et fistuleuse du poignet.* (J. Boeckel. *Chir. antis.*, 1882.)

Arthrite fongueuse suppurée et fistuleuse du poignet.

Jeune homme de 19 ans. Résection totale, évidement du poignet, excision et grattage des fongosités. *Chlorure de zinc* 1/10. Drainage, Lister, guérison; fonctions de la main rétablies au bout de 18 mois.

Obs. CLXXXI. — *Arthrite fongueuse suppurée du coude.* (J. Boeckel. *Chir. antis.*, 1882. Résumée.)

Enfant de 9 ans. Résection, excision de la synoviale. *Chlorure de zinc* 1/10. Drainage. Lister ; guérison en 4 semaines.

Obs. CLXXXII. — *Arthrite fongueuse de l'articulation scapulo-humérale, chez un sujet de 71 ans.* (J. Boeckel. *Fragm. cir. anat.*, 1882. Résumée.)

Suppuration abondante. Résection de la tête humérale, grattage et évidement de la cavité glénoïde. *Chlorure de zinc*, 1/10; guérison.

Obs. CLXXXIII. — *Arthrite purulente tuberculeuse de l'épaule. — Résection. — Irrigation au chlorure de zinc. — Guérison.* (Collon. Th. Berne, 1886.)

W. W. M., 50 ans. Entrée le 11 octobre 1880. Printemps et décembre 1877, pneumonie, 5 mois après, douleur dans l'épaule. Mouvements de cette articulation douloureux. Travail possible jusqu'en mai 1879.

A cette époque formation et perforation spontanée d'un abcès dans le creux axillaire. Après 1 mois, guérison de l'abcès. En hiver 1879, nouvelle formation et perforation d'un abcès au même endroit.

Il s'est établi une fistule. Patient put encore travailler jusqu'à 3 semaines avant son entrée. A cette époque, fièvre et frissons. Bras immobile.

Un enfant est atteint de carie d'os.

Rien dans l'hérédité. Poumons sains.

Diagnose : Arthrite purulente tuberculeuse de l'épaule.

10 février 1881. Résection de l'épaule. Drainage. Pansement et irrigation au chlorure de zinc.

18 avril 1881. Patient quitte l'hôpital. Plaie guérie par première intention, mouvements limités. Pas d'abduction.

Obs. CLXXXIV. — *Arthrite tuberculeuse du coude. — Nouvelle résection. — Irrigation au chlorure de zinc. — Guérison bonne.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

M. A., 17 ans, entrée le 30 juin 1881. En mars 1879, douleurs dans le coude sans cause. En avril, enflure de l'articulation. Amélioration par teinture d'iode et appareil silicaté jusqu'en mars 1881. Jusqu'alors mouvements très peu gênés.

Depuis, douleurs et enflure plus intenses. Perforation spontanée. Ecoulement de pus.

Milieu d'avril, résection du coude à Lucerne. Erysipèle de la plaie. Fistule.

Parents sains. Poumons sains.

15 juillet 1881. Nouvelle résection du coude. Suture définitive. Drainage. Irrigation et pansement au chlorure de zinc.

17 septembre 1881. Guérison lente avec suppuration. Malade quitte l'hôpital guéri, avec de bonnes fonctions du bras.

Obs. CLXXXV. — *Ostéite de l'humérus avec synovite plastique du coude. — Résection. — Irrigation au chlorure de zinc. — Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

F. E., 27 ans. Entrée le 27 octobre 1881. En 1870, chute sur le coude droit. Au bout de 3 jours, le coude est de nouveau normal. En 1875, enflure aiguë du même coude. Après 3 semaines, amélioration par teinture d'iode. Malade peut de nouveau travailler. Mouvements peu gênés. Poumons sains. Famille saine.

Diagnose : Ostéite de l'humérus avec synovite plastique du coude.

15 décembre 1881. Résection du coude. Suture. Drainage. Irrigation et pansement au chlorure de zinc.

26 janvier 1882. Guérison rapide. Malade quitte l'hôpital, avec de bonnes fonctions du coude.

Obs. CLXXXVI. — *Ostéite nécrotique tuberculeuse de l'olécrâne. — Résection. — Irrigation au chlorure de zinc. — Guérison.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

S. L., 22 ans; entrée le 31 mars 1881. Hiver 1878, enflure douloureuse du coude sans cause directe. Progression.

En automne 1880. Abcès. Incision, écoulement de pus. Il y a 15 jours, perforation spontanée d'un nouvel abcès du coude.

En 1877. Fièvre typhoïde et érysipèle.

Poumons sains. Famille saine.

Diagnose : Ostéite nécrotique de l'olécrâne.

27 avril 1881. Résection du coude. Drainage, suture définitive. Irrigation et pansement au chlorure de zinc.

23 mai 1881. Guérison lente avec fistule. Mouvements limités. Patient quitte l'hôpital.

Obs. CLXXXVII. — *Ostéite fongueuse. — Foyer dans l'olécrâne. — Résection. — Irrigation au chlorure de zinc. — Guérison.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

W. R., 34 ans; entrée le 2 février 1882. Depuis quatre mois, douleurs dans le coude en travaillant. Enflure vers l'épicondyle interne de l'humérus. Légère amélioration avec teinture d'iode. Depuis, progression

lente. Rien dans l'hérédité. Poumons sains. Pas de maladie antérieure. Diagnostic : Olénite fongueuse. Foyer dans l'olécrâne.

3 mars 1882. Résection du coude, suture secondaire. Irrigation et pansement au chlorure de zinc.

17 avril 1882. Guérison rapide. Malade quitte l'hôpital avec de très bonnes fonctions du coude.

Obs. CLXXXVIII. — *Arthrite fongueuse du bout périphérique de l'index. — Résection partie 2e métacarpien. — Irrigation au chlorure de zinc. — Guérison.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

W. J., 54 ans. Entrée le 7 février 1881. Janvier 1880, coup sur l'index droit. Douleurs violentes dans l'articulation métacarpo-phalangienne de ce doigt. Le lendemain plus de douleurs. Travail possible. Incision. Ecoulement de pus. Fistule bientôt guérie. Progression lente. Depuis décembre 1880, impossibilité de travail. Autrefois bien portant. Poumons sains. Rien dans l'hérédité.

Diagnose : Arthrite fongueuse de l'articulation métacarpo-phalangienne. Irrigation au chlorure de zinc. Pansement au chlorure de zinc.

3 mars 1881. Guérison rapide. Patient quitte l'hôpital, guéri.

Obs. CLXXXIX. — *Coxo-arthrite fongueuse purulente. — Résection. — Irrigation avec chlorure de zinc* 1 0/0. — *Guérison.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

F. M..., 5 ans 1/2. Entrée, 28 octobre 1880. Jusqu'en août 1879, la patiente était bien portante. Depuis, douleurs rhumatismales dans la hanche gauche. Depuis novembre 1889, claudication. En janvier 1880, formation d'un abcès dans la région trochantérienne qui fut incisé en avril 1880. Depuis progression. L'enfant a gardé constamment le lit.

A 1 an 1/2, il fut vacciné, le vaccin provenait d'un enfant qui avait des glandes tuberculeuses. Famille saine. Poumons sains.

Diagnose : Coxo-arthrite fongueuse purulente.

6 décembre 1880. Résection de la hanche. Irrigation avec chlorure de zinc 10/0. Spray. Drainage. Suture définitive. Pansement au chlorure de zinc glycériné 1 0/0; extension.

18 avril 1881. Guérison lente avec fièvre et abcès. Patient quitte l'hôpital avec une fistule. Mouvements actifs satisfaisants.

Obs. CXC. — *Coxo-arthrite fongueuse. — Résection. — Irrigation au chlorure de zinc. — Guérison avec fistule.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

L. M..., 4 ans. Entrée le 11 avril 1881. Depuis 2 ans, claudication sans cause directe. Douleurs légères dans la hanche droite pendant la marche. Après l'application d'un appareil plâtré, légère amélioration.

Hiver 1879-80. Coqueluche. Depuis, douleurs plus intenses et enflure de la hanche. Jambe devenue plus courte. Depuis, progression, pendant le séjour à l'hôpital, scarlatine, poumons sains. Parents sains. Un oncle est mort phtisique. Conjonctivite phlycténulaire.

Diagnose : Coxite fongueuse diffuse avec destruction de la tête du fémur.

3 novembre 1881. Résection de la hanche. Suture définitive. Drainage. Pansement au chlorure de zinc. Extension.

26 janvier 1882. Guérison lente avec suppuration. Patient quitte l'hôpital guéri. Mouvements limités.

Obs. CXCI. — *Arthrite fongueuse tibio-tarsienne. — Résection. — Irrigation au chlorure de zinc* 0,2 0/0. — *Guérison avec fistule.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

S..., J., 4 ans. Entrée 2 mars 1880. Depuis juin 1880, douleurs dansle pied. Marche encore possible jusqu'en août. Depuis, enflure et rougeur de la malléole interne. Aspiration sans sortie de liquide. Injections de carbol, 5 0/0 sans effet. Progression. Perforation de 2 abcès derrière la malléole interne. Poumons sains, famille saine.

Diagnose : Arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne. Ostéite caséeuse du col de l'astragale.

24 janvier 1881. Résection de l'articulation tibio-tarsienne. Excision totale de l'astragale. Suture. Drainage. Irrigation au chlorure de zinc 0,2 0/0. Pansement au chlorure de zinc.

11 avril 1884. Guérison lente avec suppuration. Patient quitte l'hôpital avec une fistule.

Obs. CXCII. — *Arthrite tuberculeuse suppurée tibio-tarsienne. — Résection. — Irrigation au chlorure de zinc,* 0,25 0/0. — *Guérison.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

B. M..., 13 ans. Entrée 4 avril 1881. En juin 1880, sans cause directe, enflure douloureuse au-dessus de la malléole externe. Marche possible jusqu'en octobre. Teinture d'iode. Enflure et douleurs plus intenses.

Février 1881. Perforation spontanée d'un abcès devant la malléole externe. Ecoulement de pus, fistule. Poumons sains. Autrefois bien portant. Parents sains. Mère tousse.

Diagnose : Arthrite fongueuse suppurative de l'articulation tibio-tarsienne.

27 juin 1881. Résection de l'articulation tibio-tarsienne. Excision totale de l'astragale. Irrigation au chlorure de zinc 0,25 0/0. Appareil plâtré.

10 octobre 1881. Guérison lente avec suppuration. Plaie compliquée d'érysipèle. Patient quitte l'hôpital avec une petite fistule. Marche possible.

Obs. CXCIII. — (Boeckel. *Chir. antisept.*, 1882.)

Arthrite fongueuse du coude, enfant de 14 ans. Opération le 7 avril Arthrotomie antiseptique, évidement avec la curette. Désinfection au *chlorure de zinc à* 1/10. *Lavage à l'eau phéniquée forte.* 2 drains, Lister, guérison absolue en 3 semaines, avec conservation des mouvements

Obs. CXCIV. — *Arthrite fongueuse de la hanche avec abcès para-articulaires. — Résection. — Chlorure de zinc* (1 : 20). *Acide phénique. — Guérison avec suppuration.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

J. A.., 29 ans. Entrée le 3 août 1876. En août 1869, chute sur la hanche gauche. Craquement immédiat dans la hanche. Le patient put encore aller à la maison. Depuis ce moment, il boite et a des douleurs dans la hanche et dans le genou ; jusqu'en juillet 1874, l'état reste à peu près le même. Depuis, abcès au-dessus du grand trochanter. Incison. Drainage. Fistule. En 1875, cure à Schinznach.

Auparavant bien portant, pas de tuberculose dans la famille. Une sœur souffre également d'une affection de la hanche. Poumons sains.

Diagnose : Ostéomyélite primaire traumatique de la tête du fémur. Arthrite fongueuse de la hanche avec abcès para-articulaire.

11 novembre 1876. Résection de la hanche. Incision jusqu'à l'os avec le thermocautère. Cautérisation des fistules avec du chlorure de zinc (1 : 20). Drainage. Pansement à l'acide phénique, ouate salicylée. Extension.

21 juin 1877. Guérison lente avec suppuration et formation d'abcès. Incision et drainage de ceux-ci. Patient quitte l'hôpital guéri avec un Taylor.

Obs. CXCV. — *Coxalgie tuberculeuse. — Résection. — Chlorure de zinc* 0,25 0/0. — *Iodoforme. — Désarticulation.* (Collon. Th. de Berne, 1886.)

J. A., 16 ans. Entrée 10 oct. 1881. En octobre 1880, chute sur la hanche droite. Sur-le-champ, forte douleur dans la hanche. Marche encore possible. Pied tourné en dehors. Progression lente. Crampes et douleurs dans la cuisse. En avril 1881, extension sans effet. En août 1881, incision d'un abcès dans la région du trochanter. Ecoulement de pus, fistule. Depuis un mois hémoptysie. Autrefois bien portante. Pas de matité pulmonaire. Diagnose : Ostéite primaire du trochanter. Cavité fongueuse purulente. Luxation pubienne. Détachement de l'épiphyse. Fracture supracondylienne du fémur produite par un mouvement de rotation forcée.

28 novembre 1881. Résection de la hanche. Irrigation avec chlorure de zinc, 0,25 0/0. Suture secondaire. Drainage. Iodoforme. Pansement au chlorure de zinc. Extension.

2 mars 1882. Guérison lente avec fièvre et forte suppuration. Patient quitte l'hôpital avec des fistules. Une cure à Schinznach amène une légère amélioration. En 1883. Grattages répétés de l'acétabulum.

24 février 1884. Exarticulation de la cuisse.

Obs. CXCVI. — *Olénite fongueuse. — Résection. — Irrigation au chlorure de zinc. — Iodoforme en poudre. — Amputation du bras.* (Collon. Th., Paris, 1886.)

B. J..., 45 ans. Entrée 21 avril 1882. Depuis janvier 1882. Coude gauche raide, enflé, douloureux. Progression. En mars, injections d'acide phénique dans l'articulation. Amélioration. Bras plus mobile, 4 semaines après nouveaux troubles plus accentués. Enflure plus forte. Incision d'un abcès du coude. Ecoulement de pus. Fièvre assez élevée.

Diagnose : Olénite fongueuse.

Poumons sains. Une sœur morte, de phtisie, un frère de méningite.

25 mai 1882. Résection du coude. Irrigation au chlorure de zinc. Iodoforme en poudre. Gaze iodoformée. Par-dessus gaze à l'acide phénique. Suture secondaire.

6 juin 1882. Amputation du bras nécessaire à cause d'infection de la plaie, de fièvre intense et d'amaigrissement.

Obs. CXCVII. — *Ostéite de l'olécrâne avec arthrite proliférante du coude. — Résection. — Irrigation au sublimé* 1/5000. — *Guérison.* (Collon. *Loc. cit.*)

R. M..., 26 ans. Entrée 10 janvier 1884. Été 1883, hémoptysie. Depuis 3 ans douleurs spontanées dans le coude droit. En été 1882 progression, enflure, troubles fonctionnels. Légère amélioration après teinture d'iode et fixation du bras. Travail encore possible.

Poumons sains. Père mort de phtisie.

Diagnose : Ostéite de l'olécrâne avec arthrite proliférante du coude.

12 février 1884. Résection du coude. Irrigation au sublimé 1/5000. Gaze au sublimé.

10 mars 1884. Guérison par première intention. Patient quitte l'hôpital avec des mouvements très bons.

Obs. CXCVIII. — *Arthrite fongueuse du coude. — Résection. — Irrigation au sublimé* 1/5000. — *Guérison.* (Collon. *Loc. cit.*)

B. A..., 13 ans. Entrée 26 août 1883; enflure du coude gauche. Très peu de douleurs, fonctions conservées.

12 juillet 1883. Arthrotomie du pied. Résection du genou.

Diagnose : Arthrite fongueuse du coude.

13 février 1884. Résection du coude. Irrigation au sublimé. Suture secondaire.

Guérison par première intention. Mouvements très bons.

Obs. CXCIX. — *Arthrite tuberculeuse du coude. — Résection, récidive, nouvelle résection. — Irrigation au sublimé* 1/5000. — *Guérison.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

K. E., 27 ans. Entrée 19 février 1884.

16 avril 1882. Résection du coude à cause d'arthrite fongueuse. Guérison rapide. Bonnes fonctions du bras.

Juillet 1883. Abcès au condyle interne de l'humérus. Incision. Écoulement de pus.

Guérison rapide. Travail de nouveau possible.

En août, perforation spontanée d'un nouvel abcès.

Fistule. Poumons sains.

23 février 1884. Résection du coude à cause d'une arthrite fongueuse récidivante. Suture au catgut. Irrigation au sublimé 1/5000. Pansement au sublimé.

6 mars 1884. Patient quitte l'hôpital. Guéri par première intention. Mouvements très limités.

Obs. CC. — *Arthrite tuberculeuse du coude. — Résection. — Irrigation au sublimé* 1/5000. — *Guérison.* (Collon. *Loc. cit.*)

P. C., 14 ans. Entrée 28 février 1884.

Avril 1883, abcès à la partie antérieure de la cuisse gauche et à la partie interne de la droite. Perforation spontanée. Guérison après six semaines. Plus tard, abcès sous l'œil gauche et au côté radial du bras droit. Perforation spontanée.

Guérison après 5 semaines. Fin mai, nouvel abcès à la partie antérieure du bras droit. Perforation spontanée.

Guérison après 6 semaines. Depuis, douleurs dans le coude gauche. Enflure. Mouvements gênés. Progression. Autrefois bien portant. Poumons sains. Famille saine.

Diagnose : Arthrite fongueuse du coude.

14 mars 1884. Résection du coude. Irrigation au sublimé 1/5000. Suture secondaire. Pansement au sublimé.

14 avril 1884. Patient quitte l'hôpital avec d'excellents mouvements. Plaie guérie par première intention.

Obs. CCI. — *Coxite fongueuse purulente. — Résection, irrigation au sublimé. — Guérison, avec fistule.* (Collon. *Loc. cit.*)

V. L., 42 ans. Entrée 9 avril 1883. Patient bien portant jusqu'à 27 ans. A cette époque chancre dur suivi d'un exanthème syphilitique. 3 ans

plus tard, enflure douloureuse du genou gauche qui guérit après huit jours. En automne 1882, même affection du genou qui s'accentua malgré la cure anti-syphilitique.

26 mai 1883. Excision de 5 glandes inguinales. Formation d'un abcès sous la cicatrice. Progression malgré l'iodure de potasse. Douleurs dans la hanche gauche. Claudication. Extension sans effet.

Diagnose : Ostéite fongueuse purulente.

1er octobre 1883. Résection de la hanche. Irrigation au sublimé 1/5000. Suture définitive. Drainage. Pansement au sublimé.

Guérison très lente avec fièvre et suppuration. Patient quitte l'hôpital avec fistule. Mouvements très limités.

Obs. CCII. — *Coxarthrite diffuse. — Résection, irrigation au sublimé* 1/5000. — *Guérison avec mouvements douloureux.* (Collon. *Loc. cit.*)

S. R., 2 ans. Entré 30 septembre 1883. L'enfant boite depuis qu'il essaie de marcher. Flexion de la jambe sur le bassin. Extension sans succès. Père mort de phtisie.

Diagnose: Coxarthrite diffuse.

29 novembre 1883. Résection de la hanche. Irrigation au sublimé 1/5000; suture définitive. Drainage. Pansement au sublimé.

20 décembre 1883. Guérison par première intention. L'enfant quitte l'hôpital guéri. Mouvements passifs encore douloureux.

Obs. CCIII. — *Coxarthrite fongueuse. — Résection. — Irrigation au sublimé,* 1 p. 5000. — *Mort d'infection.* (Collon. *Loc. cit.*)

K. A., 30 ans. Entré 27 septembre 1883. Patient toujours bien portant jusqu'avant 2 mois 1/2. Il se réveille un matin avec de fortes douleurs dans la hanche et ne peut plus marcher. Extension sans succès. Famille saine; poumons sains. Fièvre intense quelques jours avant l'opération.

Diagnose : Coxarthrite fongueuse, épiphyséolyse du col au fémur.

6 décembre 1883. Résection de la hanche. Irrigation au sublimé 1/5000. Suture définitive. Drainage. Pansement au sublimé. Coussin de mousse.

15 décembre 1883. Patient mort de sepsis. Pus fétide dans la hanche.

Obs. CCIV. — *Ostéo-synovite fongueuse de la partie antérieure du tarse. — Résection. — Irrigation au sublimé. — Guérison.* (Collon. *Loc. cit.*)

G. F. 39 ans. Entré 6 septembre 1883. En 1878, pneumonie et pleurésie. En janvier 1883, sans cause directe, douleurs dans la première phalange du gros orteil. Un mois plus tard, enflure douloureuse du dos du pied ; deux mois plus tard, enflure de l'articulation du pied et du mollet. En juin, 3 abcès qui perforèrent spontanément. Par deux fois, frissons violents.

Comme enfant, bien portant ; poumons sains.

Mère morte phtisique.

Diagnose : Ostéo-synovite fongueuse de la partie antérieure du tarse.

29 septembre 1883. Résection transverse des os du tarse. Irrigation et pansement au sublimé. Suture définitive. Drainage.

15 novembre 1883. Plaie guérie avec suppuration. Patient quitte l'hôpital guéri, avec de bonnes fonctions du pied.

Obs. CCV. — *Ostéo-arthrite tuberculeuse cuboïdo-métatarsienne. — Résection ; irrigation au sublimé. — Mort par intoxication du chlorure d'éthyle.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

K. P., 27 ans. Entrée 7 mai 1883. En 1879, pleurésie.

Depuis décembre 1880. Enflure douloureuse du bord externe du pied. Perforation spontanée, fistule qui guérit en septembre 1882. Depuis janvier 1883, nouvelle fistule. Enflure plus diffuse. Ecoulement de pus et de petits fragments osseux. Poumons sains ; un frère a une coxite.

Diagnose : Ostéite fongueuse du cinquième métatarsien. Arthrite de l'articulation entre le quatrième métatarsien et le cuboïde. 21 mai 1883. Excision du cinquième métatarsien, résection du bout postérieur du quatrième. Excision du cuboïde.

Irrigation et pansement au sublimé. Suture secondaire. Plaie suppure. Vomissements. Coma.

Le 29. Patient mort par intoxication du chlorure d'éthyle employé comme narcose.

Obs. CCVI. — *Résection du poignet pour arthrite tuberculeuse. — Cautérisation au chlorure de zinc. — Tamponnement avec la mousseline iodoformée. — Guérison.* (Scheffer. *Gaz. méd. de Strasbourg*, p. 102, 1888. Résumée.)

Femme de 28 ans, couturière. Coxalgie dans l'enfance. Tuberculose pulmonaire avancée ; en août 1886, douleur et tuméfaction du poignet droit. Ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet droit.

15 janvier. Opération : évidement avec la cuiller tranchante de tout le carpe dont les os sont recouverts de fongosités ; grattage de la base des métacarpiens ; grattage et évidement de l'extrémité du radius et du cubitus ramollis. Cautérisation au chlorure de zinc. Tamponnement avec la mousseline iodoformée. Immobilisation du membre sur une attelle palmaire.

Amélioration de l'état général ; à la 7e semaine, la plaie du poignet était guérie sauf deux fistules à l'extrémité inférieure des deux incisions latérales ; crayons iodoformés.

Au mois d'avril guérison complète du poignet, ankylose. Amélioration

considérable de l'état général en octobre. La malade reprend son travail comme couturière.

Obs. CCVII. — *Ostéo-arthrite tuberculeuse sterno-claviculaire ; subluxation pathologique ; abcès ossifluent sous-pectoral. — Résection. — Tamponnement iodoforme. — Guérison.* (Reverdin et Mayor. *Rev. mens. Suisse Romande,* p. 379, 1886. Résumée.)

Jeune fille de 10 ans et demi. Ostéo-arthrite tuberculeuse sterno-claviculaire gauche, ayant débuté 9 mois auparavant ; luxation pathologique, abcès froid ossifluent.

Opération le 14 novembre. Résection sous-périostée de l'extrémité interne de la clavicule, curage de la cavité articulaire sternale. Cautérisation au thermocautère. Tamponnement de toute la plaie avec de la gaze iodoformée.

22 novembre. On enlève le tampon iodoformé, la cavité de la résection est presque comblée.

28 novembre. Bourgeons pâles, l'iodoforme est remplacé par le styrax.

9 décembre. Cicatrisation à peu près complète.

15 février 1886. Bon état, déformation due à l'élévation de l'extrémité de la clavicule. Mouvements faciles, état général excellent.

13 avril. Petit abcès dans cicatrice, grattage. Le 21, cicatrisation.

7 juin. Guérison persiste, état général excellent.

La différence de longueur des 2 clavicules est de 1/2 centimètre.

Obs. CCVIII. — *Arthrite fongueuse diffuse du coude. — Résection. — Poudre d'iodoforme. — Gaze iodoformée. — Guérison avec ankylose.* (Collon. Th., Berne, 1886.)

R. F., 29 ans. Entrée 2 mars 1882. Comme enfant, scarlatine. En 1872, pneumonie. Toux depuis le printemps 1881. Depuis l'été 1881, douleurs dans le coude droit pendant le travail. Enflure de l'articulation. Depuis septembre 1881, pro et supination ne sont plus possible. Peu de temps après, incision de 3 abcès.

Ecoulement de pus, fièvre hectique. Pleurésie droite.

Un frère a une carie du pied.

Diagnose : Arthrite fongueuse diffuse du coude

25 mai 1882. Résection très étendue du coude. Poudre d'iodoforme. Gaze iodoformée. Par-dessus gaze à l'acide phénique. Suture secondaire.

29 juin 1882. Guérison lente avec granulation. Le patient quitte l'hôpital guéri, sans mouvements dans le coude.

Obs. CCIX. — *Ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne. — Ablation de l'astragale, injections d'éther iodoformé. — Guérison absolue. — Amélioration de l'état général.* (Prof. Verneuil. *Gaz. des hôpitaux.* 24 janvier 1888. Résumée.)

Petite fille. Ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne. Fongosité remplissant l'articulation et ayant fusé derrière la malléole, jusque dans la gaine de l'artère tibiale postérieure. Ablation de l'astragale, poudre d'iodoforme, injections d'éther iodoformé dans la plaie, immobilisation. Quand la plaie fut guérie, l'enfant fut envoyée à Berck-sur-Mer. Elle en revient un an plus tard dans un excellent état de santé, fraîche, rose, jouissant d'un certain embonpoint, avec un pied parfaitement mobile, permettant la marche.

Obs. CCX. — *Tumeur blanche du poignet. — Iodoforme. — Guérison.* (Prof. Sacré. *Journ. méd. Bruxelles.* 1889. Obs. XIII.)

Homme de 40 ans, malade depuis 5 mois à la suite de piqûre qui détermine un abcès. Incision, fistule persistante. A son entrée : tumeur blanche du poignet droit, gonflement, douleurs, deux fistules suppurantes, le stylet arrive sur des os malades.

Résection le 26 mai ; incision dorsale, on enlève le scaphoïde, le semilunaire, le pyramidal et une partie du grand os.

Résection des extrémités des os de l'avant-bras, drainage ; de l'iodoforme en poudre est insufflé dans la plaie.

Bande d'Esmarch. Pansement compressif à la gaze iodoformée. Le lendemain, suintement sanguin.

Le 30. On enlève le drain.

4 juin, On enlève les sutures.

18 juin. Exeat. Guérison. Raideur articulaire, le poignet est un peu tuméfié.

D. — SYNOVITES TENDINEUSES TUBERCULEUSES

Obs. CCXI. — *Synovite tendineuse tuberculeuse de la face dorsale de la main droite. — Baume du Pérou. — Guérison.* (Vamossy. *Wien. med. Presse,* 1889.)

K. B..., 7 ans, fils d'un maçon, entré le 13 janvier 1889. Gonflement du dos de la main droite, datant de cinq semaines. Le dos de la main est considérablement gonflé. La peau est rouge, fluctuation manifeste. Les mouvements des doigts sont possibles, mais très douloureux.

14 janvier. Incision au niveau du gonflement. Issue de pus et de mas-

ses caséeuses. Grattage de la cavité et des fongosités. Les gaines tendineuses sont également grattées et incisées partiellement. La cavité est bourrée de gaze au baume du Pérou.

21 janvier, 1er pansement. La plaie bourgeonne, très peu de sécrétion. Même pansement qui est renouvelé tons les trois jours.

30 janvier. Cicatrisation complète. Les mouvements des doigts sont un peu limités. Pas d'albuminurie. Jamais d'élévation de température. Le malade sort guéri.

Obs. CCXII. — *Synovite tendineuse tuberculeuse du dos de la main gauche. — Baume du Pérou. — Guérison.* (Vamossy. *Wiener. med. Presse*, 1889.)

Aug. G..., 24 ans, gantier, entré le 31 janvier; depuis 8 semaines, gonflement considérable de la face dorsale de la main gauche, au centre un orifice fistuleux qui donne passage à un pus tuberculeux. Mouvements de la main et des doigts douloureux.

2 février. Incision au niveau du 2e métacarpien et du 5e. Les gaines tendineuses sont remplies de fongosités. Grattage avec la curette tranchante. Pansement avec la gaze au baume du Pérou.

Le 11 février, 1er pansement. Pas de suintement. Bourgeons de bonne nature, exubérants. Pas d'albumine. Pas de fièvre.

Le malade quitte l'hôpital, puis revient pour les pansements.

2 mars. Cicatrisation complète. Les mouvements sont limités, toutefois le malade peut travailler.

Obs. CCXIII. — *Kyste hordéiforme du poignet. — Injection de teinture d'iode. — Guérison.* (Schwartz. *Gaz. des hôpitaux*, p. 747, 1874. Résumée.)

Homme de 26 ans, kyste hordéiforme, en bissac du poignet et de la main, du côté droit. Ponction, contre-ponction aux deux extrémités : 2 drains.

Liquide séreux, grains riziformes, quelques-uns pédiculés. Compression. Suppuration pendant 10 jours. Puis tous les trois ou quatre jours, injections de teinture d'iode. Après un mois de traitement, guérison complète.

Obs. CCXIV. — *Synovite tendineuse à grains riziformes du poignet et de la paume de la main. — Incision. — Acide phénique au 1/20. Guérison.* (Notta. *Bull. et mém. Soc. Chir.*, 1881. Résumée.)

C..., 48 ans. Il y a 4 ans, gonflement et douleur de la main gauche, qui ont augmenté rapidement depuis 6 ou 7 mois. Tumeur bilobée. Opération.

14 novembre. Bande d'Esmarch, trois incisions, évacuation de quel-

ques grains riziformes et d'une grande quantité de liquide séreux. Injection phéniquée forte, drain. Pansement de Lister.

15 novembre. Douleurs vives, on retire le drain. Réunion secondaire, suppuration.

15 avril. Cicatrisation complète, le malade se sert de sa main.

30 mai. Les mouvements des doigts sont parfaitement libres.

Obs. CCXV. — *Synovite tendineuse à grains riziformes. — Incision, lavages à la solution phéniquée au vingtième. — Guérison.* (Nicaise. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, p. 402, 1881. Résumée.)

Homme de 57 ans, postillon, entre le 24 mars 1881 à l'hôpital Laënnec Depuis 6 ans gonflement du pouce droit et de l'éminence thénar, puis peu à peu, gonflement de la paume de la main et du poignet. Douleurs vives, gêne des mouvements des doigts et de la main. Le 26 mai, incision, évacuation des grains riziformes et du liquide synovial; les tendons sont altérés. Lavage à la solution phéniquée au vingtième, drain. Pansement de Lister.

12 avril. Cicatrisation complète, les mouvements des doigts sont plus libres.

Obs. CCXVI. — *Ténosynovite du dos de la main. — Incision. — Acide phénique. — Guérison.* (Dupont. *Rev. méd. Suisse Romande*, 325, 1882.)

Ténosynovite du dos de la main, vers la tête du radius, tous les tendons du pouce affectés : 2 incisions, irrigations phéniquées ; pas de drain, ni de suture. Guérison rapide sans suppuration.

Obs. CCXVII. — *Kyste tendineux à grains riziformes. — Incision. — Traitement antiseptique. — Acide phénique au 20e. — Guérison.* (Humbert. *Bull. et mém. Soc. chir.*, p. 705, 1882.)

Femme de 27 ans, cuisinière. Synovite de la gaine des fléchisseurs remontant à trois ans. Gêne des mouvements.

1er août. Incision, paroi épaisse, nombreux grains riziformes, 2 injections phéniquées au 20e dans l'intérieur de la poche, drainage. Pansement de Lister.

26 août. Guérison complète, parfaite 3 mois après.

Obs. CCXVIII. — *Synovite à grains riziformes de la gaine carpo-phalangienne interne. — Incision. — Lavages à l'acide phénique au 1/20. — Drainage sous le pansement de Lister. — Guérison complète et persistante.* (Schwartz. *Bull. et mém. Soc. chir.*, p. 470, 1883.)

Homme de 52 ans, charretier. Synovite à grains riziformes de la gaine

carpo-phalangienne interne, ayant débuté il y a environ 10 ans. Gêne des mouvements.

Incision : issue de liquide visqueux et grisâtre contenant de nombreux grains riziformes. Curage avec la curette de Volkmann. 3 lavages à l'acide phénique au 1/20. Pansement de Lister.

21 jours après l'opération, le malade sort avec une petite fistule qui s'est formée quelques mois après.

Un an après l'opération. Pas de récidive. Fonctions normales de la main et des doigts.

Obs. CCXIX. — *Hygroma énorme à grains riziformes de la cuisse droite. — Solution phéniquée à* 1/20. — *Guérison.* (Nicaise, Paulet et Vaillard. *Revue de Chirurgie,* 1885.)

Une femme de 24 ans, domestique, entre à l'hôpital Laënnec, service de M. le Dr Nicaise, le 15 avril 1885. Au mois de septembre 1884, la malade tomba de sa hauteur sur la face externe de la cuisse droite et se fit une contusion assez forte. Dans les premiers jours de mars 1885 elle s'aperçut de l'existence d'une tuméfaction à la face externe de la cuisse. Bientôt légères douleurs, et sensation de gêne quand la malade a travaillé. La tumeur aurait augmenté légèrement depuis le mois de mars, et serait devenue plus dure. L'état général est bon, et la malade a pu vaquer à ses occupations jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. On constate à la face externe et postérieure de la cuisse, une tumeur volumineuse, bilobée par le tenseur du fascia-lata. Augmentation de volume des ganglions supérieurs du pli de l'aine, et des ganglions iliaques du côté droit. Ponction exploratrice pratiquée le 18 avril, ne donne ni sang, ni sérosité. Opération le 8 mai. L'incision donna issue à une grande quantité de grains riziformes, sans aucun liquide ; les grains pesaient 390 grammes. Grattage et excision de la paroi du kyste, lavage de la cavité et de la plaie, à la solution phéniquée forte. Sutures des lèvres de la plaie au fil d'argent, pansement avec la poudre d'iodoforme et la gaze phéniquée. Le 3 juin la guérison est complète, mais la malade depuis son entrée à l'hôpital s'est beaucoup amaigrie.

Obs. CCXX. — *Synovite tendineuse tuberculeuse du cou-de-pied. — Acide phénique.* (Ardle. *Loc. cit.* Obs. IX.)

M. F..., vient me consulter dans les premiers jours de septembre 1885. Depuis longtemps elle éprouve de l'engourdissement et de la douleur au cou-de-pied gauche. Le matin l'engourdissement était excessif, mais l'après-midi la douleur devenait plus gênante. A l'examen je vis une masse ronde et fluctuante à la partie antérieure du cou-de-pied, s'étendant vers la malléole externe où elle était plus saillante. On ne pouvait sentir aucun des tendons. Après l'incision, je vis qu'il y avait une périos-

tite provoquée par la présence de dépôts caséeux diffus autour des tendons antérieurs. Ablation complète de toute la matière caséeuse et des fongosités; réunion de la partie superficielle de la plaie, profondément au catgut et superficiellement à la soie. Gros drain. Pansement à l'*eau phéniquée*. Cette malade guérit rapidement et complètement.

Obs. CCXXI. — *Kystes à grains riziformes de la grande gaine des fléchisseurs du poignet gauche; incision. — Eau phéniquée au* 1/10. *Guérison.* (Weiss. In Daban. Th. doct., Paris, 1889. Résumée.)

Schultz, âgé de 37 ans, marchand ambulant. On constate chez lui une tumeur bilobée, dans la paume de la main et la partie inférieure de l'avant-bras, fluctuation et crépitation, douleur vague niveau du poignet. Mouvements très gênés. *Le* 14 *août* 1884. *Opération.* Incision sur partie saillante de la tumeur, écoulement d'un liquide visqueux, lavages phéniqués entraînent grains riziformes; tendons intègres, pansement de Lister et immobilisation. Les 16 et 18 août, pansements, pas de pus. Drain supprimé le 15 septembre, le 20, cicatrisation complète; quelques mouvements sont possibles et bientôt au début du mois d'octobre, les mouvements des doigts ont recouvré leur étendue normale. En somme, bonne guérison.

Obs. CCXXII. — *Synovite à grains riziformes du poignet.— Incision, grattage. — Irrigation phéniquée à* 1/20. — *Guérison.* (Service de M. le Dr Périer. In Sémiac. Th. doct. Paris, 1888. Résumée.)

Eugène R., 53 ans, serrurier, entre à l'hôpital Lariboisière, le 26 mai 1888. En 1887, gêne des mouvements de la main gauche, avec rétraction et engourdissement des doigts. En août apparition d'une tumeur au poignet, en dehors; quinze jours après, tumeur semblable en dedans.

Au mois de décembre, il se forme un grand nombre de ces petits kystes, qui accroissent en nombre et en volume et finissent par envahir le creux palmaire en s'insinuant au-dessous du ligament annulaire : tumeur en bissac.

Opération le 3 juin. M. Périer fait une incision sur la ligne médiane du poignet. Le kyste est ouvert et on retire 50 gr. de grains riziformes. On excise la paroi du kyste ; on gratte la surface interne de la tumeur jusque dans le creux palmaire et en introduisant la curette sous le ligament annulaire ; une injection d'*eau phéniquee* à 1/20 débarrasse la cavité des derniers débris qui l'encombrent. Un tube à drainage est placé dans la plaie. On place le membre sur une palette. Pansement au salol.

On le retire huit jours après. Pas de fièvre. Trois semaines après l'opération, cicatrisation complète, mouvements, pas de troubles de la sensibilité.

Obs. CCXXIII. — *Synovite à grains riziformes de toute la gaine synoviale de l'index. — Large incision. — Curage. — Cautérisation au chlorure de zinc à 8 0/0. — Guérison par première intention.* (Schwartz. *Bull. et mém. Soc. chir.*, p. 744, 1887.)

M. C..., âgé de 41 ans, concierge, très bien portant, sans aucune tare héréditaire ou acquise, a eu, il y a deux ans, la main prise entre deux corps lourds. Dès ce moment, il a vu augmenter son doigt de volume, sans d'ailleurs qu'il y éprouvât de la douleur ; mais les mouvements devenaient plus difficiles. Au mois d'avril, il se cassa le genou et se fit une luxation du coude droit dans une chute. Soigné d'abord par nous, qui lui avons réduit sa luxation et sa fracture, il entra dans le service de notre maître Tillaux, à l'Hôtel-Dieu, pour en sortir complètement guéri de son traumatisme, sans raccourcissement notable et seulement avec un peu de raideur persistante de l'articulation. C'est pendant sa convalescence, alors qu'il se servait de béquilles pour marcher, qu'il s'aperçut que le doigt augmentait de dimensions et devenait gênant, voire même douloureux. Après avoir vu le malade, nous l'engageons à entrer dans notre service à l'hôpital Beaujon.

État actuel, à son entrée, le 23 août 1887. Excellent état général. Aucun antécédent de tuberculose. L'index gauche est considérablement augmenté de volume, surtout au niveau de sa face antérieure et de ses faces latérales, et d'autant plus que l'on approche davantage de sa base d'implantation ; la tuméfaction se continue vers la paume de la main ; elle s'arrête environ à son milieu ; du côté du médius existe une grosse bosselure qui empêche le rapprochement des deux doigts. La peau est rosée, non sillonnée de veines, absolument intacte, mais amincie. La palpation fait reconnaître une tumeur fluctuante dans toute son étendue, la pression alternative d'une extrémité à l'autre produit la crépitation de grains riziformes, si caractéristique ; la bosselure interdigitale contient un liquide qui communique manifestement avec celui de la grande poche digitale. Le diagnostic se posait donc :

Synovite de la gaine de l'index à grains riziformes.

L'intervention jugée nécessaire fut acceptée par le malade ; elle consista, le 23 août 1887, à fendre toute la gaine digitale du bout du doigt dans la paume de la main, par une incision de neuf centimètres, après avoir préalablement pris toutes les précautions antiseptiques et anémié le membre à l'aide de la bande et du tube d'Esmarch.

L'incision confirma le diagnostic porté ; il s'écoula au moins quarante grammes d'un liquide épais, jaunâtre, avec une quantité considérable de grains riziformes, très gros, blancs, solides ; il existait deux diverticules qu'il fallut fendre et exprimer séparément ; d'un côté la bosselure interdigitale, de l'autre, une tumeur palmaire qui fuyait sous les tendons fléchisseurs de la paume de la main. Toute la paroi de la synoviale et

les deux tendons fléchisseurs couverts de petites fongosités, furent grattés à la curette tranchante. Une des insertions du fléchisseur superficiel ayant été coupée fut resuturée avec un point de catgut ; le tube d'Esmarch fut alors enlevé ; on arrêta, sans grande difficulté, l'hémorrhagie en nappe et toute la surface fut cautérisée à la solution de *chlorure de zin* à 8 0/0.

Ceci fait, la plaie fut refermée par une douzaine de points de sutures superficiels au crin de Florence et quatre points de suture profonds, embrassant peau et partie fibreuse, de façon à refermer la gaine, aussi exactement que possible, au niveau des ligaments annulaires de réflexion des tendons. Le pansement fut le suivant : deux drains très petits, à chacune des extrémités de l'incision, iodoforme en poudre, gaze iodoformée et pansement ouaté, épais et serré.

La réunion par première intention est obtenue. Les fils sont enlevés le 10e jour, et l'opéré rentre chez lui au bout de 12 jours de séjour à l'hôpital.

Les mouvements, difficiles dans les premiers temps, sont revenus en grande partie, ainsi qu'on peut le constater ; cependant la flexion des deux dernières phalanges reste limitée. Le malade se sert, sans inconvénient, de sa main et se livre sans difficultés à ses occupations habituelles (7 décembre, 3 mois et demi après l'opération).

Obs. CCXXIV. — *Kystes à grains riziformes. — Lavage avec une solution de chlorure de zinc au douzième. — Guérison.* (Dr Jalaguier. *Bull. et mém. Soc. chir.*, 26 déc. 1888.)

Femme de 50 ans ne présentant comme antécédents morbides qu'une adénopathie cervicale pendant son enfance ; elle vient à l'hôpital pour se faire traiter d'un kyste à grains riziformes du poignet et de la paume de la main, à droite. Les deux gaines synoviales sont envahies ; les douleurs assez vives et les troubles fonctionnels prononcés.

Opération le 16 avril 1886. Incision des deux gaines au-dessus et au-dessous du poignet ; ligature de l'arcade palmaire superficielle, la gaine du pouce a une paroi extrêmement épaisse, fibreuse ; les grains qu'elle renferme sont très nombreux et typiques. La gaine interne en contient quelques-uns, perdus dans une masse de fongosités ; la paroi est lardacée et fongueuse. A l'aide de la curette tranchante j'extirpe la plus grande étendue possible de ses parois, en ménageant les tendons. Lavages répétés avec une solution de chlorure de zinc au douzième. Drainage. Suture au crin de Florence. Pansement iodoformé.

Le 25 avril. Premier pansement : réunion par première intention ; ablation des drains et des fils.

Le 10 mai, la malade quitte l'hôpital ; il n'y a pas eu de suppuration. Les mouvements des doigts sont très gênés.

Le 25 juillet, la malade vient se montrer à l'hôpital; les mouvements des doigts sont absolument libres. Depuis lors, la guérison s'est maintenue; mon collègue et ami Gilbert a revu la malade au mois de novembre 1888; elle est toujours dans l'état le plus satifaisant.

La recherche des bacilles dans ces grains, faite par M. Gilbert, fut négative; mais l'inoculation sur un cobaye par Villemin détermina une tuberculose généralisée.

Obs. CCXXV. — *Kystes à grains riziformes de la gaine des fléchisseurs de la main, incision, curettage. — Chlorure de zinc à* 1/10. *Guérison.* (J. Boeckel. In Daban. Th. doct., Paris, 1889.)

Mme Th..., 42 ans, entrée le 29 mars 1884, à l'hôpital de Strasbourg. Elle porte dans la paume de la main et sur la face palmaire de l'avant-bras une tumeur dont le début remonte à 8 mois et qui semble s'être développée sous l'influence des efforts répétés auxquels l'obligeaient les travaux de sa ferme.

Depuis 3 mois, cette tumeur a pris un accroissement tel que la malade peut fléchir les doigts, occupant manifestement la gaine des fléchisseurs, elle affecte la forme d'un sablier, c'est-à-dire qu'elle présente deux prolongements oblongs l'un à la paume de la main, s'étendant jusqu'à la tête des métacarpiens, l'autre à la région antébrachiale remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire.

La portion rétrécie se trouve sous le ligament annulaire du carpe. La fluctuation y est évidente; par la pression on fait refluer son contenu de la paume vers l'avant-bras, et vice versâ. Ce reflux s'accompagne de la crépitation caractéristique des kystes à grains riziformes.

Opération le 31 mars. Spray phéniqué; précautions antiseptiques; *pas d'application de la bande d'Esmarch.* Une incision de 4 centim. est faite à l'avant-bras sur la partie saillante de la tumeur; elle donne issue à une certaine quantité de liquide visqueux, transparent, légèrement jaunâtre, et à une série de corpuscules blanchâtres, allongés, mesurant 4 millim. de longueur sur 2 millim. de largeur. En exerçant une légère pression sur le prolongement palmaire de la tumeur, on arrive à exprimer une nouvelle série de grains analogues. Introduisant une cuiller tranchante dans la plaie, M. J. Boeckel racle la surface interne du kyste et amène au dehors une cinquantaine de nouveaux corpuscules; il modifie ensuite la partie interne de la tumeur avec une petite éponge imbibée de *chlorure de zinc à* 1/10, qu'il promène rapidement à sa surface. Cinq points de suture sont placés, ainsi qu'un bout de tube à drainage, qui s'enfonce jusqu'au niveau du ligament annulaire.

Pansement compressif avec de la gaze iodoformée et du coton hydrophile, immobilisation du membre sur une attelle garnie d'ouate et de gutta-percha.

31 mars : T. S. 37°,4 ; 1er avril, T. m. 37°,6 ; T. s. 37°,6 ; 2 avril, T. m. 37°. T. s. 37°, 3 ; 3 avril, T. m. 37°,3 ; T. s. 37°,6.

Le 9. 2e pansement ; enlèvement des points de suture. La plaie est réunie sauf au niveau des points du tube, où il existe un bourgeon charnu. La malade peut déjà fléchir les doigts dans une certaine mesure. On fait un pansement de précaution légèrement compressif.

Le 12. Exeat.

19 octobre. Six mois après la malade est revenue. On constate que le kyste ne s'est pas reproduit et que la guérison s'est maintenue. Les mouvements sont libres et l'opérée se sert activement de sa main.

Obs. CCXXVI (personnelle, inédite). — *Synovite tuberculeuse de la gaine externe du poignet. — Injection de chlorure de zinc. — Incision. — Lavage au chlorure de zinc. — Guérison.*

S..., Maximilien, âgé de 35 ans, entre le 28 janvier 1887, à l'hôpita St-Antoine, service de M. le Dr Monod, salle Velpeau, no 48.

Depuis environ un an, le malade éprouve à la suite d'efforts et de fatigues, à la fin de la journée, une sensation de gêne dans le poignet et la main gauche ; dès cette époque le malade remarqua une légère tuméfaction de la partie externe de la main. Quinze jours avant son entrée, le malade fait un effort avec le bras gauche, en soulevant un fardeau. Dès le soir, sensation de gêne, d'engourdissement du poignet gauche. Le lendemain la tuméfaction de la région antéro-externe de la main a augmenté, elle devient douloureuse, les mouvements de la main sont impossibles.

28 janvier. *État actuel.*—La face antérieure du poignet gauche et l'éminence thénar sont le siège d'une tuméfaction très nette, en bissac. Les mouvements de la main et surtout du pouce sont gênés et douloureux.

Le 29. Injection de chlorure de zinc au 1/20, dans la synoviale. Douleurs très vives après l'injection.

3 février. Le kyste synovial est douloureux, la peau est un peu rosée, la pression de la tumeur augmente les douleurs, engourdissement du membre.

Le 8. Incision au poignet, écoulement d'un liquide louche. Lavage de la synoviale au chlorure de zinc au 1/20.

Pas de suture. Pansement iodoformé.

Le 16. Cicatrisation. Un peu de gêne dans les mouvements d'extension de la main et d'abduction du pouce.

Le 18. Exeat.

Obs. CCXXVII. — *Synovite tuberculeuse de la gaine synoviale tendineuse des muscles fléchisseurs de la main gauche. — Chlorure de zinc et acide phénique à 1/20. — Guérison avec fistules.* (Gross, de Nancy. *Rev. méd. Est,* 1885. Résumée.)

A. A., 26 ans, tailleur, entré le 1er février 1883. Depuis 6 mois, gonflement de la face palmaire de la main gauche, puis du petit doigt.

2 février. Incision, grattage des fongosités. Application de chlorure de zinc. Lavage à la solution phéniquée forte. Deux drains. Pansement de Lister. Immobilisation. Toniques.

Trois semaines après, guérison avec fistules.

Obs. CCXXVIII. — *Synovite tuberculeuse de la gaine tendineuse des muscles fléchisseurs des doigts de la main droite. — Chlorure de zinc et acide phénique à 5 0/0. — Guérison.* (Gross, de Nancy. *Rev. méd. Est,* 1885. Résumée.)

12 février 1884. Enfant de 5 ans ; trois semaines auparavant, entorse du poignet, gonflement, rougeur, ulcérations tuberculeuses. Traitements infructueux avec iodoforme, vin aromatique, teinture d'iode, solution de nitrate d'argent.

8 mars. Opération. Deux incisions (*bande d'Esmarch*), fongosités dans la gaine et dans le tissu celllulaire : grattage. Surfaces cruentées et gaine frottées avec éponge imbibée de chlorure de zinc au 1/10. Irrigation à la solution phéniquée forte.

Pansement iodoformé, immobilisation. Compression.

En octobre. Guérison, mouvements conservés.

Obs. CCXXIX. — *Synovite fongueuse de la grande gaine synoviale carpienne ; grattage. — Lavage avec la solution de sublimé à 1/1000. — Pulvérisation iodoformée. — Guérison.* (Le Bec, *Gazette des hôpitaux,* 19 août 1886. Résumée.)

Marie B., 21 ans; synovite fongueuse ulcérée de la grande gaine synoviale carpienne ayant débuté deux mois auparavant.

Opération le 26 septembre 1885. Bande d'Esmarch; avec la curette tranchante, grattage de toutes les fongosités molles ; suture des tendons, à l'avant-bras, au poignet, dans la paume de la main et l'éminence thénar. Lavage avec une solution de sublimé à 1/000. Un drain dans la gaine palmaire et un dans les interstices musculaires de la partie supérieure; le tout fut saupoudré avec de l'iodoforme et pansé avec la gaze au sublimé.

27 septembre. Léger écoulement sanguin.

1er octobre. On retire le drain supérieur et on raccourcit le drain inférieur. Lavage au sublimé et pansement iodoformé.

Le 15. Guérison. Pansement au diachylon.

Le 20. Sur le trajet de l'artère cubitale : un petit abcès, évacuation et injection de glycérine iodoformée à 1/10.

Le 27. Guérison absolue : les cicatrices sont adhérentes ; les doigts sont légèrement fléchis, mais on peut les redresser assez facilement.

Décembre. Guérison complète. Le poignet est un peu plus gros que l'autre, mais le malade s'en sert facilement.

Février 1886. La guérison se maintient.

Obs. CCXXX. — *Kyste synovial de la gaine du long fléchisseur du pouce droit. — Grains riziformes nombreux. — Fongosités abondantes. — Ouverture. — Sublimé au* 1/2000. — *Guérison.* (Terrillon. *Bull. et mém. Soc. chir.*, p. 862, 1886.)

Homme de 62 ans. Kyste synovial de la gaine du long fléchisseur du pouce droit, ayant débuté il y a un an et demi : douleurs, impotence, gonflement.

Opération le 20 septembre 1886. Bande d'Esmarch, incision large, liquide filant contenant grains riziformes, curettage des fongosités. Puis cavité fut ensuite essuyée avec soin avec de petites éponges montées sur une pince et imbibées de sublimé au 1/2000, drain, sutures au catgut.

Pansement avec gaze iodoformée, ouatée.

Guérison en 10 jours. Rétablissement complet des fonctions de la main sous l'influence du massage et de l'électricité.

Obs. CCXXXI (inédite). — (Service de M. Périer, hôp. Lariboisière.)

P..., Amédée, 29 ans, peintre en bâtiment. Entre le 10 août 1887, salle Amb. Paré, 31.

Hygroma tuberculeux du grand trochanter.

14 août : Incision, grattage. Lavage au *sublimé* à 1 p. 1000.

Sutures, drain. Pansement au salol.

Guérison.

Obs. CCXXXII. — *Synovite à grains riziformes de la gaine interne du poignet gauche et de l'annulaire.— Sublimé.— Guérison.* (Tourneau, in Semiac, Th. doct. Paris, 1888. Résumée.)

Fr., 32 ans, femme de chambre. Synovite à grains riziformes de l'annulaire gauche ayant débuté deux ans auparavant. Synovite de la gaine interne du poignet apparue un an après la première. Gêne considérable des mouvements. La compression et les badigeonnages à la teinture d'iode ne donnent aucun résultat.

6 septembre. Opération. Une incision sur chaque tumeur : écoulement de liquide visqueux et de grains riziformes. Excision d'une partie de la

paroi des kystes. Grattage avec la curette de Volkmann. Irrigation à la *solution de sublimé*. Pansement à l'iodoforme.

4 jours après l'opération on retire les drains.

Trois semaines après, réunion complète.

Huit mois après, la guérison s'était maintenue complète.

Obs. CCXXXIII (inédite). — *Synovite fongueuse de la gaine des fléchisseurs de la main. — Excision. — Grattage. — Lavage au sublimé. — Guérison.* (Communiquée par mon excellent collègue et ami Moulis.)

P., 18 ans, entré le 20 avril 1889, à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr L. Labbé, salle Marjolin, 34, pour une synovite fongueuse des deux gaines tendineuses de l'avant-bras droit.

23 avril. Incisions dans toute l'étendue des gaines. Excision et grattage des gaines synoviales. Lavage au sublimé. Pas de ligature. Pas de drain. Sutures au crin de Florence. Pansement au salol. Compression ouatée. Réunion par première intention.

Le 24 mai, le malade sort de l'hôpital. Les mouvements des doigts sont un peu gênés, pas de gonflement sur le trajet des gaines.

Le malade est revu en juillet, mouvements à peu près normaux. Pas de récidive.

Obs. CCXXXIV. — *Synovite des tendons fléchisseurs du poignet. — Liniment iodoformé.* (Ardle. *The Dublin Journ. of med. sc.*, 1889.)

Le nommé Thomas D..., 23 ans, se présente à ma consultation le 10 octobre 1882. Douleur très forte et gonflement considérable de la face antérieure du poignet droit ; six mois auparavant environ, l'empâtement et la douleur apparurent, tous deux augmentant au début à chaque fois qu'il essayait de soulever un objet pesant ou de remuer rapidement le poignet. Bientôt la douleur lui enleva l'usage de sa main ; il obtint du soulagement en appliquant des cataplasmes et des pansements humides sur le membre. Le soulagement fut momentané, mais trouvant que le gonflement augmentait et devenait plus dur, il vint me trouver. Voici ce que je constatai :

Forte constitution, bonne santé actuelle, le malade ayant passé trois mois au bord de la mer avant de venir me trouver ; avant-bras droit élargi, muscles mous et atrophiés ; le poignet droit a deux pouces et demi de plus en circonférence que le gauche. Une masse arrondie avec deux extrémités, remontant de deux pouces sur l'avant-bras et descendant au milieu de la paume de la main où elle avait une consistance nodulaire et demi-élastique, fausse fluctuation.

Opération. — Une incision fut faite allant du bord supérieur du gonflement jusqu'au centre de la face palmaire, incision comprenant la peau, le fascia superficialis, la moitié supérieure du ligament annulaire anté-

rieur du carpe et le fascia profond. Dans la plaie il s'échappe immédiatement une grande quantité de tissu fongueux. En examinant avec soin les parties constituantes, je trouvai à la partie superficielle de ce gonflement les tendons du grand palmaire et de l'index et de l'annulaire du fléchisseur sublime, tandis que le reste des tendons fléchisseurs et le nerf médian étaient contre les os et le ligament interosseux. Je disséquai avec soin et grattai tout le tissu fongueux, je passai un large tube à drainage sous ce qui restait du ligament annulaire et fermai la plaie par trois étages de sutures: l'un de fins catguts réunissant ensemble autour des tendons, le tissu conjonctif profond; une seconde suture plus forte (au catgut) réunissant les bords du fascia profond et du ligament annulaire; une troisième, à la soie, pour réunir la peau.

1er pansement, 6e jour. Écoulement séro-sanguinolent. Un drain est placé à l'angle supérieur de la plaie et la main à angle droit sur le poignet.

2e pansement, 15e jour. Plaie guérie, sauf au bord supérieur où le drain était placé, ablation des fils de soie. Légère suppuration dans le trajet du tube. On commence à imprimer de légers mouvements.

La plaie avait été pansée avec de la charpie et du *liniment iodoformé*.

Le malade a gagné en force depuis cette époque et à la fin de la troisième semaine la plaie était complètement saine et guérie.

Un mois après l'opération, il commença des mouvements actifs et maintenant, six ans après l'opération, il possède le parfait usage de sa main; il n'éprouve qu'un léger trouble provenant d'une légère douleur et d'une sensation de chaleur dans le poignet après des exercices violents.

Obs. CCXXXV. — *Synovite tendineuse des gaines du radial et du cubital. — Gaze iodoformée.* (Ardle. *The Dublin Journ. of med. Sc.*, février 1889.)

La nommée K. M..., âgée de 26 ans, domestique, entre dans mon service pour un gonflement semi-élastique le long des fléchisseurs radiaux du carpe et du fléchisseur et de l'extenseur cubital du carpe. Elle ne pouvait pas se servir de son bras, depuis six mois environ. Trois semaines avant d'entrer dans mon service, le gonflement du côté radial, s'ouvrit spontanément, mais il ne s'écoula que du sang. Comme pour le cas de l'observation II, j'incisai et j'enlevai avec la curette des masses caséeuses qui environnaient les tendons; pansement à la *gaze iodoformée*.

Cinq semaines après le jour de l'opération, elle quitta l'hôpital avec un bras dont elle pouvait se servir parfaitement et sans douleur.

Obs. CCXXXVI. — *Synovite tendineuse de la gaine des fléchisseurs et des extenseurs due à une tuberculose du cubital antérieur. Gaze iodoformée.* (Ardle. *The Dublin journal of med. sciences*, février 1889. Obs. II.)

Thomas C..., âgé de 28 ans, vint me consulter pour un gonflement siégeant le long de l'extrémité inférieure du tendon fléchisseur du carpe (cubital antérieur). Il me raconta l'histoire suivante : Il y a trois ans, il remarqua un léger gonflement non douloureux, le long du bord interne de l'avant-bras, au voisinage du poignet. Au bout d'un certain temps, il y eut de la raideur articulaire et graduellement le gonflement envahit la face dorsale de la main et la face antérieure du poignet ; dans l'impossibilité de se servir de sa main, il entra dans un hopital de Dublin : on lui appliqua constamment des cataplasmes pendant des mois jusqu'à ce que la suppuration se fasse jour à la partie supérieure de la tumeur, par une ouverture à bords déchirés dont la cicatrice était encore visible. Il fut soulagé pendant un certain temps, mais toutefois sans pouvoir se servir de son bras. A des intervalles irréguliers, il s'écoulait du pus par une petite fistule qui avait persisté à l'ouverture de l'abcès. Cet état de chose persista jusqu'au moment où il vint me consulter le 7 décembre 1883.

Il était pâle et anémié, pupilles dilatées, pouls rapide et irrégulier, respiration fréquente, mais pas de signes d'affection pulmonaire. Il ne pouvait se servir de sa main gauche, car après le moindre exercice, il ressentait une violente douleur partant du gonflement et s'irradiant dans le petit doigt ; cette douleur se produisait surtout dans la soirée. Les gaines des fléchisseurs et des extenseurs étaient distendues ; autour de l'extrémité inférieure du cubitus, on sentait un empâtement épais et semi-élastique.

Opération. — Incision le long du bord interne du cubitus jusqu'à l'extrémité inférieure de l'os, les bords de l'incision sont rétractés ; avec la curette tranchante on enlève une grande quantité de tissu fongueux ; par une incision franche des gaines tendineuses on évacue un liquide séreux ; un tube à drainage est placé dans la gaine des extenseurs et des fléchisseurs ; la plaie du cubital antérieur est bourrée de *gaze iodoformée.*

1er pansement, le 7e jour. Le gonflement de la main a presque disparu ; la plaie de la région cubitale bourgeonne bien ; les drains sont enlevés ; de nouveau, gaze iodoformée pour la plaie du cubital antérieur et pansement de Lister sur la main et l'avant-bras.

2e pansement, 17e jour. Les plaies des fléchisseurs et des extenseurs sont parfaitement guéries ; la plaie du cubital antérieur est remplie de bourgeons ayant très bon aspect. La plaie du cubital antérieur est pansée maintenant avec une pommade à l'acide phénique et à l'oxyde de zinc. Exeat pour la maison de convalescence de Linden.

Je le revois pour la première fois six semaines après l'opération ; une cicatrice dure marquait le siège de la lésion du cubital antérieur ; je lui permis alors de se servir de sa main, mais avec ménagement et, trois mois après il vint me trouver et me dit que sa main lui était de nouveau aussi utile que par le passé.

En février 1886, un de mes collègues me pria de venir voir avec lui, l'un de ses malades atteint d'une pneumonie tuberculeuse avec épanchement pleural ; je reconnus dans ce malade le pauvre garçon auquel j'avais enlevé auparavant des lésions tuberculeuses de l'avant-bras. Dans sa famille il n'y avait jamais eu aucun phtisique et je conclus que les cataplasmes avaient favorisé le développement local de l'affection, tandis que le retard apporté à son ablation avait permis la dissémination, avec généralisation et issue fatale.

Obs. CCXXXVII. — *Synovite tendineuse des extenseurs du pouce.* — *Gaze iodoformée.* (Ardle. *Loc. cit.* Obs. IV.)

Le nommé T. G., âgé de 18 ans, vient me consulter et me raconte l'histoire suivante : six mois environ avant de venir me trouver, il reçut un coup sur la face postérieure du radius, au niveau de son tiers inférieur. Pendant quelque temps il ne s'en ressentit pas, mais trois semaines après le traumatisme, il éprouva de la douleur et de la raideur articulaires et de la difficulté à se servir de son pouce. Cinq semaines après avoir reçu le coup, il ne pouvait plus se servir du tout de sa main à cause de la douleur du poignet et de la raideur articulaire. Pendant les derniers mois écoulés, malgré l'application de pansements émollients, la douleur devint très forte et il se décida à venir me trouver.

A un pouce de l'extrémité inférieure du radius gauche on constate un gonflement qui s'étend sur la face postérieure de l'os sur une étendue de deux pouces et s'étendant en dedans vers le cubitus. Sur la face antérieure, les tendons sont refoulés en avant par une tumeur de consistance semi-élastique, siégeant dans l'espace interosseux et dirigée du côté du radius. Empâtement général de tout le poignet et du bord interne de la main ; le malade portait sa main ou la laissait reposer sur le côté opposé, car il ressentait une très vive douleur, à chaque fois qu'il la laissait pendre.

Opération. — Je pratiquai une incision longue de trois pouces sur la face dorsale de l'avant-bras, à la partie la plus saillante de la tumeur, qui était formée, comme je m'y attendais, de granulations tuberculeuses et filant en bas, le long de la gaine des extenseurs. Avec la curette, j'enlevai complètement ces fongosités et attirant les tendons vers le bord cubital, je mis à découvert le ligament interosseux qui, lui aussi, était envahi par les fongosités ; je fis alors une incision sur la face antérieure de l'avant-bras et amenant les tendons vers le bord interne, je rencon-

trai une masse semblable à celle que je venais d'enlever, intéressant la face antérieure et pénétrant en avant dans la grande gaine des tendons antérieurs, je l'enlevai avec la curette et fis un raclage soigneux, puis je passai un tube à drainage à travers le ligament interosseux. Les deux plaies sont bourrées de *gaze iodoformée* et recouvertes d'un pansement de Lister.

La plaie guérit rapidement par bourgeonnement et le malade quitta l'hôpital sans douleur ni sensibilité dans le bras et avec toute l'intégrité des mouvements du poignet et des doigts.

Obs. CCXXXVIII. — *Synovite tendineuse de la face dorsale de la main. Ether iodoformé.* (Ardle. *Loc. cit.* Obs. V.)

Marie M..., âgée de 16 ans, vient me trouver de Monagham et voici ce qu'elle me raconte: Père mort de phtisie pulmonaire, mère en assez bonne santé; deux sœurs mortes, d'après ce qu'elle dit, d'une affection des intestins. Aucun mouvement possible de la main, raideur articulaire, gonflement et empâtement de la face dorsale. Large incision dorsale, drainage, emploi pour les pansements *d'éther iodoformé.* Guérison rapide.

Obs. CCXXXIX. — *Tuberculose localisée autour du tendon d'Achille. Iodoforme.* (Ardle. *Loc. cit.* Obs. VI.)

Le nommé P... R..., 19 ans, vient me consulter le 10 décembre 1880. Il se plaint d'une douleur siégeant à la face postérieure de la jambe et d'une tumeur derrière la cheville. En l'examinant, je constate la présence d'une masse rénitente, dure, présentant par endroits une obscure fluctuation; les mouvements imprimés au pied donnent une sensation de craquement, et au niveau de l'insertion du tendon, on sent quelque chose de plus dur qui fait une saillie douloureuse à la pression; dès qu'il marche tant soit peu, cette tumeur augmente de volume et devient plus douloureuse. Le malade a tout à fait l'air d'un strumeux.

Opération. — Incision longue de trois pouces, le long du bord externe du tendon, raclage des dépôts caséeux, ablation de la bourse rétro-calcanéenne qui est la cause de cette proéminence qu'on avait notée au niveau de la saillie du tendon. La guérison fut longue et les bourgeons fongueux envahirent la plaie ; application de compresses trempées dans une *solution d'iodoforme* et six semaines après guérison complète. Pas de rechute ; le malade est actuellement fort et bien portant.

Obs. CCXL. — *Synovite tuberculeuse des gaines antérieures du cou-de-pied. — Gaze iodoformée.* (Ardle. *Loc. cit.* Obs. VIII.)

Mme H... vient me consulter dans les premiers jours de mars 1884, pour une tumeur siégeant dans la région antérieure du cou-de-pied gau-

che. Elle se plaint d'une grande lassitude après la marche et constate que le cou-de-pied augmente de volume, est rouge. Des révulsifs et des frictions avec l'ammoniaque et le mercure n'amènent aucune amélioration. Lorsque je la vis, au mois de juin, la tumeur avait augmenté de volume, dans un point correspondant à la ligne tibiale antérieure, une masse demi-fluctuante sensible au toucher et paraissant se continuer avec une petite masse arrondie que l'on sentait sous la tête de l'astragale. J'enlève avec la curette et je dissèque une masse considérable de tissu fongueux située au bord interne du pied et entourant complètement les tendons, drain. Suture de la partie supérieure de la plaie, la partie inférieure est bourrée de *gaze iodoformée*. Réunion par première intention de la partie supérieure de la plaie, la partie inférieure est définitivement cicatrisée deux mois après l'opération.

Obs. CCXLI. — *Tuberculose de la gaine des tendons extenseurs du pied. — Excision, grattage. — Gaze iodoformée. — Guérison.* (Beach. *Medic. and surg. Journ.*, CXX, 559, 1889.)

Femme de 40 ans ; il y a un an, apparition d'une tumeur blanche à la face antérieure du cou-de-pied droit. Pas de traumatisme antérieur, ni cause appréciable, elle a augmenté sans douleurs jusqu'à présent et a atteint le volume d'un citron. La peau est rouge, modérément distendue. Ni thrill, ni pulsation. La tumeur n'augmente pas de volume par la marche. On constate un léger accroissement des ganglions inguinaux des deux côtés.

Une incision exploratrice fait découvrir une masse de nodules caséeux renfermée dans une matrice d'un produit translucide et gélatiniforme, avec de petits kystes renfermant un liquide épais, jaune. Ces kystes sont tous en rapport avec les gaines des tendons extenseurs des orteils. L'examen microscopique montra que la production était due à une infiltration tuberculeuse. La masse fut excisée et la cavité qui en résulta fut grattée avec la curette, puis bourrée de gaze iodoformée. Actuellement, la plaie bourgeonne bien.

II

Solution alcoolique de naphtol β.

Les observations suivantes m'ont été communiquées par mon excellent collègue et ami Mauclaire, avec l'assentiment de M. Poirier, suppléant M. le professeur Duplay, à l'hôpital Beaujon. Je les en remercie.

Obs. CCXLII. — Homme de 45 ans, salle Gosselin, 31. Fistule costale probablement tuberculeuse ; début : 3 mois. Huit injections de naphtol β. Guérison apparente.

Obs. CCXLIII. — Femme, salle Huguier, 2. Fistule costale tuberculeuse. Une injection de naphtol β tous les quinze jours. Guérison parfaite en 2 mois et demi.

Obs. CCXLIV. — Homme de 32 ans, salle Gosselin, 3. Ostéomyélite tuberculeuse aiguë du grand trochanter. Opéré une première fois en mai 1889. 2e opération en août par M. Poirier ; injections de naphtol β. Pansements au naphtol camphré. Guérison parfaite le 20 janvier 1890.

Obs. CCXLV. — Femme de 18 ans. Ostéomyélite tuberculeuse du fémur. Opération par M. Poirier, grattage. Lavages et injections de naphtol β. Guérison.

Obs. CCXLVI. — Homme, 19 ans, salle Gosselin, 13. Ostéomyélite tuberculeuse de l'extrémité inférieure du fémur. Opéré une première fois en avril 1889. 2e opération en août. Lavages et injections au naphtol β, à chaque pansement.
20 janvier 1890, en voie de guérison.

Obs. CCXLVII. — Homme de 45 ans, salle Gosselin, 4. Fongosités tuberculeuses du genou, extra-articulaires, grattage. Lavage au naphtol β. Guérison parfaite au bout d'un mois et demi.

Obs. CCXLVIII. — Femme de 23 ans, salle Huguier, 3, entrée le 19 avril 1889. Ostéite tuberculeuse des 4e et 5e métatarsiens, datant de février 1888. Pansement au naphtol pendant quelque temps, pas de résultats. Le 18 juil-

let, opération par M. Poirier, évidement, grattage. Lavage au naphtol β. Guérison complète le 7 août.

Obs. CCXLIX. — Homme de 30 ans, salle Gosselin, 18. Entré au mois d'août. Ostéite tuberculeuse du 1er métatarsien gauche. Ablation de l'os, grattage. Lavage à la solution alcoolique de naphtol β ; sphacèle de la peau. Parti en voie de guérison au bout de 2 mois.

III

Naphtol camphré.

A. — ABCÈS PAR CONGESTION

Obs. CCL (inédite). — *Abcès par congestion. — Incision. — Injection de naphtol camphré. — Guérison.* (Observation communiquée par mon excellent collègue et ami Répin.)

Henriette B..., 33 ans, entre en novembre 1889, à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Périer.

Pas d'antécédents tuberculeux chez les parents.

Adénites cervicales dans l'enfance. Il y a un an, ayant fait une chute, la région lombaire porta sur une balustrade de fer. Depuis ce temps la malade éprouva toujours des douleurs dans cette région.

Au mois d'août, apparition d'une tumeur au-dessous de la crête iliaque gauche, en arrière. Cette tumeur d'abord dure, devint fluctuante ; elle a actuellement le volume d'une noix. Pas de points douloureux très nets sur la colonne vertébrale ou la crête iliaque.

Le 18 novembre : incision longitudinale de l'abcès, évacuation du pus, il contient des grumeaux. Pas de grattage, injection de naphtol camphré. Malaxation des parois, suture. Pas de drain. Pansement au collodion.

Le 3e jour, on constate un épanchement sanguin dans la poche de l'abcès, on évacue une quantité de caillots. Même pansement.

Quinze jours après on enlève les points de suture.

Guérison complète au bout d'un mois de traitement.

Obs. CCLI (inédite). — *Mal de Pott. — Abcès par congestion. — Incision. — Injection de naphtol camphré.* (Note communiquée par mon ami Cocquelet.)

F..., Eugénie, 17 ans, entre le 6 janvier 1890, à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Périer, salle Gosselin, 2.

Mal de Pott : abcès par congestion de la région lombaire gauche.

Le 6, ouverture spontanée ; il s'écoule environ 250 gr. de pus mal lié. grumeleux, contenant de la poussière osseuse.

17 janvier. Incision large, grattage des parois, injection de naphtol camphré. Pansement au salol.

Le 27. Peu de suppuration.

Le 28. Température normale depuis l'opération. État général assez bon.

(On a trouvé des traces de naphtol dans les urines pendant les huit jours qui ont suivi l'opération.)

Obs. CCLII (personnelle). — *Abcès tuberculeux périnéphrétique. — Naphtol camphré. — Guérison.* (Pouillot. Th. doct. Paris, 1889.)

P..., Édouard, menuisier, 44 ans, entre le 16 octobre 1888, à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise-Paré, 30, service de M. le Dr Périer.

Ce malade est envoyé d'un service de médecine où il a été soigné pour une tuberculose pulmonaire avec pleurésie droite ; il est adressé pour un abcès périnéphrétique ayant débuté, il y a trois mois, sans cause apparente.

On constate, en effet, un volumineux abcès périnéphrétique, à droite, déformant la fosse lombaire et se prolongeant dans la fosse iliaque. Pas de pus dans l'urine.

16 octobre. M. Périer m'ayant confié le malade, je fais avec le thermocautère, dans la région lombaire droite, une incision verticale de 10 à 12 centim. Il s'écoule environ trois litres de pus infect. Après lavage abondant du foyer avec la solution de sublimé au millième et avoir placé dans les prolongements de l'abcès trois drains longs et gros, j'injecte par ces drains 50 gr. de naphtol camphré. Pansement au salol, maintenu par une couche d'ouate de tourbe.

Le 18. Pansement : les drains sont laissés en place.

Je bourre l'orifice de l'abcès avec de la gaze au salol imbibée de naphtol camphré, même pansement superficiel.

2 novembre. Les drains sont raccourcis, injection de 20 gr. de naphtol camphré.

Le 10. Suppression des drains, même pansement.

Le 28. La suppuration a beaucoup diminué. Il ne reste plus qu'une surface bourgeonnante. Petit pansement au salol maintenu par du collodion.

9 décembre. Guérison absolue. L'état général est excellent. Exeat.

Obs. CCLIII (personnelle, inédite). — *Abcès froid ossifluent de la fosse iliaque droite. — Incision. — Injection de naphtol camphré. — Guérison.*

L..., Henri, 19 ans, cultivateur, entré le 24 octobre 1888, à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise-Paré, n° 18, service de M. le Dr Périer.

Abcès froid de la fosse iliaque droite. Point douloureux, par la per-

cussion de l'os iliaque ; 2 orifices fistuleux, depuis un mois, bords décollés, empâtement. Peau rouge, amincie.

1er novembre. Incision, évacuation du pus, injection de naphtol camphré, drain. Pansement au salol.

Le 8. Suppression du drain, disparition de l'empâtement.

Le 12. Pansement. Pas de pus.

Le 25. Exeat, guérison.

Obs. CCLIV (personnelle, inédite). — *Volumineux abcès par congestion des régions dorso-lombaire et sacrée. — Incision. — Lavage et drainage au naphtol camphré. — Guérison rapide.*

Gr.., Jean, 35 ans, mécanicien, entre le 24 novembre 1888, à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Périer, salle Ambroise-Paré, no 22, pour un vaste abcès par congestion de la région lombaire et de la fesse droite.

Cet abcès s'étend de la partie moyenne de la région dorsale (en ce point la percussion détermine un point douloureux), descend dans la région lombaire et au niveau du sacrum se divise en deux lobes, l'un petit, atteint la crête iliaque gauche, l'autre, beaucoup plus développé, arrive vers la région trochantérienne droite.

Pas de gibbosité ; pas de collection purulente dans l'aine.

6 janvier (M. Périer ayant eu la bonté de me confier ce malade), je fais une incision de 10 centim. dans la région lombaire ; il s'écoule une grande quantité de pus grumuleux, mal lié et contenant un peu de poussière osseuse. L'abcès évacué et lavé au sublimé, j'injecte dans la cavité, environ 100 gr. de naphtol camphré ; j'introduis ensuite dans chaque prolongement de la poche, une mèche de gaze au salol fortement imbibée de naphtol camphré.

Pansement avec la gaze et l'ouate au salol.

Le 8. Pansement. Je retire les mèches de gaze et j'injecte environ 30 gr. de naphtol camphré. Pansement à plat.

Le 20. Les parois de l'abcès sont accolées et déprimées, la ligne d'incision n'est plus marquée que par une traînée granuleuse.

Le 25. Guérison ; le malade se lève, marche sans douleurs.

Le 30. Exeat.

Obs. CCLV (personnelle, inédite). — *Abcès froid de l'avant-bras. — Dénudation du cubitus. — Incision, grattage, naphtol camphré. — Guérison rapide.*

Pr..., François, 34 ans, employé, entré le 7 janvier 1889, à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise-Paré, 6 *bis*, service de M. le Dr Périer.

Il y a 4 ans, contusion de la partie interne du coude droit, depuis un an, tuméfaction de la partie supérieure du cubitus droit. A son entrée :

abcès froid situé dans la région postéro-interne du tiers supérieur de l'avant-bras droit. Bourrelet dur et épais sur le cubitus. Rien au radius. Les mouvements et la sensibilité ne sont pas altérés à l'avant-bras et à la main ; douleurs spontanées, surtout nocturnes au niveau de l'abcès froid.

17 janvier. Incision, grattage de la poche de l'abcès et du cubitus dénudé. Lavage au naphtol camphré. Suture. Pas de drain. Pansement au salol.

Le 24. Pansement. Réunion absolue. Levée des sutures.

Le 30. Exeat. Guérison. La région a l'aspect normal.

Obs. CCLVI (personnelle, inédite).— *Tuberculose des trois dernières côtes. — Résections partielles. — Tuberculose rénale et abcès périnéphrétique. — Néphrectomie. — Naphtol camphré. — Guérison.*

C..., Virginie, 33 ans, couturière, entre le 11 janvier 1889, à l'hôpital Beaujon, salle Laugier, n° 16, service de M. le Dr Labbé.

En 1885. Métrite et cystite douloureuse.

En 1886. Cystite douloureuse persiste : dilatation de l'urèthre, instillation de nitrate d'argent. Urines purulentes.

En juin 1888. Pneumonie.

Août 1888. Phlegmon périnéphrétique à gauche. La malade entre à l'hôpital : incision du phlegmon, au niveau des dernières côtes gauches. Pus abondant.

La malade sort de l'hôpital, trois mois après l'opération, avec une fistule.

11 janvier 1889. La malade entre à l'hôpital Beaujon pour de violentes douleurs dans les régions lombaire et hypogastrique ; orifice fistuleux à la partie moyenne de la dernière côte gauche. Les urines contiennent du pus, parfois en grande abondance.

12 février. Incision parallèle au bord inférieur de la 12e côte, puis incision verticale perpendiculaire.

Les trois dernières côtes sont dénudées et cariées dans une étendue de trois à quatre centimètres. Résection des parties osseuses malades. Grattage avec la curette de Volkmann, du trajet fistuleux, des anfractuosités et des os. Une mèche de gaze de salol imbibée de naphtol camphré est introduite au fond de la plaie entre les extrémités des côtes et fait l'office de drain. Sutures profondes et superficielles au crin de Florence.

Pansement au salol.

Le 17. Réunion avancée. Suppression de la mèche. Drain.

Le 24. Bon état.

Le 30. L'orifice du drain est bourgeonnant. Amélioration de l'état général.

20 mars. Le pus qui avait complètement disparu dans les urines reparaît. Tuméfaction de la région lombaire.

2 avril. Opération par M. Labbé. Incision sur l'ancien trajet fistuleux. Sur le bord externe du carré lombaire, on voit un petit orifice fistuleux. La pression fait sourdre du pus à odeur urineuse. On agrandit l'incision et l'on arrive profondément sur une collection purulente ; après l'évacuation du pus, on voit le rein déformé, manifestement altéré. Excision du rein au thermocautère, après ligature élastique du pédicule. Irrigation au sublimé au 1000e. La plaie est bourrée de gaze imbibée de naphtol camphré.

Pansement superficiel au salol. Compression,

Le soir, la malade est affaiblie, pouls petit, irrégulier, dyspnée légère, céphalalgie. Un peu d'urine sanguinolente avec faible dépôt purulent.

Le 3. La malade est bien. Urines 800 grammes. Pas de pus.

Le 4. Pansement, pas de suppuration. Pansement au naphtol camphré.

La quantité d'urine augmente progressivement de 800 à 2200 grammes. Température normale. La plaie se comble peu à peu. La malade souffre toujours de la vessie : instillations de naphtol camphré.

Le 17. Chute du bourgeon rénal. Pansement au naphtol camphré.

Le 25. Bourgeonnement actif avec fort peu de suppuration, de toute l'étendue de la plaie. Pansement au salol.

Le 15. La plaie a beaucoup diminué d'étendue. Pansement au salol maintenu par du collodion.

Le 30. Guérison. Cicatrisation complète. La malade a repris ses forces. Les urines ne contiennent plus de pus. Les douleurs vésicales, si prononcées pendant la miction, ont à peu près complètement disparu.

Le rein enlevé est infiltré de granulations tuberculeuses, surtout nombreuses dans la substance corticale, qui était d'ailleurs fortement réduite par places. Les calices et le bassinet sont distendus par du pus grumeleux, verdâtre, à odeur urineuse, la muqueuse qui les tapisse est fongueuse.

Obs. CCLVII (personnelle, inédite). — *Abcès froids d'origine osseuse. — Naphtol camphré. — En voie de guérison. — Amélioration de l'état général.*

B..., Alphonse, 33 ans, cocher, entre le 18 mars 1889, à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr Labbé, salle Blandin, 6, pour une ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée du genou ; amputation de cuisse au tiers moyen le 7 mai : suppuration, réunion secondaire par bourgeonnement.

Le 1er août, nous voyons le malade : mauvais état général, tuberculose pulmonaire : craquements humides au sommet droit. L'extrémité du moignon présente une fistule conduisant dans une collection purulente ; la cicatrice adhère à l'os, en dedans.

Sur l'avant-bras gauche, trois abcès froids.

Abcès froid volumineux du coude droit, et descendant sur les faces interne et postérieure de l'avant-bras.

Abcès froid très étendu du moignon de l'épaule gauche.

Le 21. Les abcès froids sont ponctionnés, puis lavés au naphtol camphré. Pansement occlusif et compressif. Pas de douleurs après ces injections, le malade éprouve seulement une sensation de chaleur très supportable pendant quelques minutes.

1er octobre. Nouvelle ponction de l'abcès froid du coude ; liquide café au lait ; injection de naphtol camphré. Ponction et lavage de la collection purulente de l'épaule.

Les abcès froids de l'avant-bras sont guéris.

Le 10. Les abcès froids du coude et de l'épaule ont beaucoup diminué de volume. L'état général est très amélioré, plus de fièvre, bon appétit.

Le 15. Résection de trois centim. du fémur droit. Grattage de la poche tapissée de fongosités tuberculeuses. Drainage avec la gaze imbibée de naphtol camphré. Pansement ouvert.

15 décembre. La plaie de résection est à peu près complètement fermée, par bourgeonnement.

31 janvier. Nous quittons le service. L'abcès froid de l'épaule a beaucoup diminué de volume, celui du coude est guéri ; il ne reste plus qu'une petite traînée granuleuse sur la plaie de résection. Amélioration considérable de l'état général, le malade se lève ; il a repris ses forces et de l'embonpoint.

B. — OSTÉITES TUBERCULEUSES

Obs. CCLVIII (inédite). — (Service de M. Périer, hôp. Lariboisière.)

Mme Th..., 43 ans, consultation externe, novembre 1888.

Carie du sternum. Le 6 novembre, incision, grattage, évidement de toute l'épaisseur de l'os. Pansement au *naphtol camphré.*

24 novembre. Guérison complète.

Obs. CCLIX (personnelle, inédite). — *Tuberculose de la 7e côte et de la partie inférieure du sternum. — Résection costale, grattage du sternum et des fistules. — Naphtol camphré. — Guérison.*

L..., Pierre, 52 ans, sans profession, entré le 10 septembre 1888, à l'hôpital Lariboisière, salle Ambr.-Paré, no 28, service de M. le Dr Périer, suppléé par M. le Dr Nélaton.

Le malade entre à l'hôpital pour une fistule dans la région costale inférieure droite, ayant débuté, il y a environ 9 mois, après l'ouverture d'un petit abcès ; depuis un an et demi, il souffrait d'un point douloureux siégeant à la partie moyenne de la 7e côte.

A son entrée. La région costale inférieure droite est empâtée, douloureuse ; on voit un orifice fistuleux donnant peu de pus ; le trajet fistuleux, d'environ 12 centim., se dirige obliquement en dedans, en arrière et en bas ; on sent la 7e côte dénudée ; légers signes d'induration du sommet du poumon droit.

24 septembre. Opération. Incision suivant le trajet de la fistule ; la 7e côte est dénudée et cariée ; résection de 6 cent. de la côte malade ; grattage des deux extrémités. La fistule se continue en haut, vers la partie inférieure du sternum ; grattage, irrigation au naphtol camphré, 2 drains ; un dans chaque trajet. Sutures. Pansement au salol.

10 octobre. On diminue le volume et la longueur des drains, injection de naphtol camphré. Même pansement.

Le 30. Suppression des drains, ils sont remplacés par des mèches de gaze au salol imbibées de naphtol camphré.

7 novembre. Pansement au salol maintenu par du collodion.

9 janvier 1889. Exeat. Guérison complète.

Obs. CCLX (inédite). — (Service de M. Périer, hôp. Lariboisière.)

G..., Marianne, ménagère, entre le 23 mars 1889, salle Gosselin, 46 *bis*. *Carie costale*. Résection de la partie malade de la côte, grattage. Pansement ouvert au *naphtol camphré* ; le 31 mars, guérison.

Obs. CCLXI (personnelle, inédite). — *Ostéite tuberculeuse de la 8e côte droite. — Résection. — Naphtol camphré. — Guérison.*

F..., Auguste, âgé de 65 ans, matelassier, entre le 11 septembre 1889 à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr L. Labbé, salle Blandin, no 13.

18 février 1887. Le malade était entré à l'hôpital Bichat, pour abcès froid de la région costale inférieure droite ; incision, grattage. Pansement iodoformé. Le malade sort de l'hôpital avec une fistule.

24 mai 1889. F... entre à l'hôpital Beaujon. Grattage de la 8e côte. Pansement iodoformé.

En août. Un abcès froid se développe à la partie inférieure droite du sternum.

11 septembre. État actuel : Fistule à la partie moyenne de la région costale inférieure droite, un stylet introduit dans le trajet arrive à la 8e côte dénudée et ramollie. Abcès froid du volume d'un œuf de pigeon sur la partie droite de l'extrémité inférieure dn sternum.

Le 17. Opération. Incision suivant le trajet de la fistule; la 8e côte est dénudée et cariée dans une étendue de 2 centimètres. Résection de la partie malade, grattage avec la curette de Volkmann des deux extrémités de la côte ; grattage et excision du trajet fistuleux.

Une mèche de gaze au salol imbibée de naphtol camphré est introduite entre les extrémités de la côte et sert de drain.

Réunion partielle à l'aide de sutures au crin de Florence.

Pansement au salol : poudre, gaze, ouate.

Le 22. On retire la mèche de gaze imbibée de naphtol camphré.

Injection de naphtol camphré.

11 novembre. Guérison absolue ; cicatrisation par bourgeonnement.

Obs. CCLXII (inédite). — (Service de M. Périer, hôp. Lariboisière.)

C..., Pierre, 40 ans, sans profession, entré le 2 octobre 1889, salle Ambr.-Paré, 40. *Carie costale tuberculeuse.* Grattage. Cavité bourrée avec la gaze imbibée de *naphtol camphré.* Pansement au collodion. Le 3 novembre, exeat. Guérison.

Obs. CCLXIII (personnelle, inédite). — *Ostéite tuberculeuse de l'os iliaque et du sacrum. — Naphtol camphré. — Guérison.*

M..., Léonie, 16 ans, entre le 8 avril 1889 à l'hôpital Beaujon, service de M. L. Labbé, salle Laugier, 20.

En juin 1887, la malade était entrée à l'hôpital Beaujon pour un volumineux abcès froid de la région fessière et de la partie supérieure de la cuisse. On fit une ponction et une injection d'éther iodoformé. La collection s'étant reproduite, on incisa l'abcès et l'on fit un grattage du grand trochanter. Pansement iodoformé.

Au mois de mars 1889, l'abcès de la fesse s'est reformé, s'ouvre spontanément et une fistule se produit et persiste.

La malade entre de nouveau à l'hôpital le 8 avril. A la partie moyenne de la fesse se trouve un orifice fistuleux ; un stylet introduit dans la fistule, arrive d'une part vers la crête iliaque et d'autre part vers le sacrum.

La malade est une scrofuleuse type. Lèvres épaisses, adénopathies cervicales ; dans sa jeunesse, blépharite et conjonctivite, otorrhée. Elle est pâle, anémique ; un peu d'œdème des membres inférieurs, légère albuminurie ; je la soumets au régime lacté partiel.

23 avril. Opération. Incision du trajet fistuleux jusqu'à l'épine iliaque postérieure et supérieure, grattage de l'os et du trajet, deuxième incision suivant le trajet de la fistule sacrée, excision de la paroi fistuleuse, grattage du sacrum. Les cavités opératoires sont bourrées de gaze imbibée de naphtol camphré. Réunion partielle de l'incision. Pansement au salol.

7 juillet. La plaie est complètement cicatrisée. Exeat.

Obs. CCLXIV (personnelle, inédite). — *Ostéite tuberculeuse de l'olécrâne. — Naphtol camphré. — Guérison.*

B..., Blanche, 12 ans 1/2, entre le 3 juillet 1889 à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr Labbé, salle Laugier, 6, pour une ostéite tuberculeuse de l'extrémité supérieure du cubitus gauche avec abcès froid.

10 juillet. Incision de l'abcès, grattage de la poche, curage de l'olécrâne; lavage au naphtol camphré. Une mèche de gaze imbibée de naphtol est introduite dans la cavité osseuse. Réunion partielle de l'incision, à l'aide de sutures au crin de Florence. Pansement au salol. Compression ouatée, immobilisation ; 2 jours après, je retire la mèche de gaze, bourgeonnement. Lavage au naphtol camphré. Pansement au salol.

31 juillet. La plaie réunie dans la partie suturée, est à peu près complètement cicatrisée ; il ne reste plus qu'une traînée granuleuse.

10 août. Guérison absolue. Exeat.

Obs. CCLXV (personnelle, inédite). — *Carie du calcanéum. — Grattage. — Naphtol camphré. — Guérison.*

S..., Marcellin, 17 ans, fondeur, entre le 8 novembre 1888 à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Périer, salle Ambroise-Paré, 31 *bis*, pour une carie du calcanéum ayant débuté trois ans auparavant.

La région du talon est tuméfiée et douloureuse ; à la face externe se trouve une fistule qui pénètre dans le calcanéum. Rien à l'articulation.

9 novembre. Grattage du calcanéum, ablation d'un séquestre, la cavité est lavée avec le naphtol camphré, puis remplie de poudre de salol. Pansement au salol, compressif.

Le 20. La cavité osseuse a beaucoup diminué et bourgeonne activement.

25 décembre. Le malade sort, incomplètement guéri ; il reste une petite surface granuleuse.

25 avril 1889. Le malade revient à l'hôpital ; on voit une petite fistule au niveau de la plaie opératoire.

M. Nélaton craignant une récidive ou un séquestre, pratique la résection sous-périostée des 2/3 postérieurs du calcanéum avec la curette. Pas de lésions tuberculeuses, sauf un petit séquestre en voie d'élimination. M. Nélaton nous a dit regretter d'être intervenu une seconde fois ; à son avis le petit séquestre aurait été éliminé facilement.

Même pansement. Guérison rapide.

Obs. CCLXVI (inédite). — *Carie du calcanéum. — Évidement. — Naphtol camphré.* (Note communiquée par mon ami Cocquelet.)

Paul M.... 46 ans, soudeur, entre le 5 décembre 1889 à l'hôpital Lariboisière, service de M. Périer, salle Ambroise-Paré, 4.

Carie du calcanéum avec trajet fistuleux à la partie interne du talon droit. Évidement, injection de naphtol camphré le 16 décembre. La cavité est bourrée de gaze imbibée de naphtol camphré. Pansement au salol, compression ouatée.

28 janvier. La cavité, presque comblée, bourgeonne activement.

(Chez ce malade on a constaté la présence du naphtol dans les urines, pendant 8 jours, après l'opération et chaque pansement.)

Obs. CCLXVII (personnelle, inédite). — *Spina-ventosa du pouce. — Injections de naphtol camphré. — Guérison.*

Fr..., Adélina, 17 ans, brodeuse, entre le 9 avril 1889 à l'hôpital Beaujon, service de M. L. Labbé, salle Laugier, 4.

C'est une jeune fille pâle, anémique, elle a eu dans son enfance de la conjonctivite et de l'otite purulente. Actuellement quelques petits ganglions cervicaux. Abcès froid à la face antérieure de la jambe ; le 20 avril, ponction, évacuation du pus grumeleux et mal lié, injection de naphtol camphré ; le 1er juin, guérison de l'abcès, les tissus sont redevenus souples.

La malade présente en outre un spina-ventosa de la 2e phalange du pouce gauche. Cette affection aurait débuté il y a environ un an. Le pouce a une forme de massue, la 2e phalange est globuleuse; quelques douleurs surtout nocturnes et gêne considérable dans les mouvements.

Le 15. Je fais dans la phalange une ponction avec une seringue de Pravaz, pourvue d'une aiguille de gros calibre; issue de pus grumeleux, mal lié, injection d'un 1/4 de seringue de naphtol camphré. Pansement au salol, maintenu par du collodion. A la suite de cette injection, la malade accuse pendant quelques minutes une sensation de fourmillements, mais pas de douleurs.

Ces injections interstitielles de naphtol camphré dans la phalange, furent répétées tous les 10 jours, en diminuant chaque fois la quantité de liquide injecté.

Sous l'influence de la première injection, la phalange se tuméfia un peu, puis diminua progressivement de volume.

Après deux mois de traitement, la phalange du pouce avait repris son volume normal, mais elle était un peu déformée. Plus de douleurs, plus de gêne dans les mouvements.

Au commencement de juillet, la malade sort de l'hôpital : l'abcès froid et le spina-ventosa sont guéris.

La santé générale est très améliorée.

J'ai eu des nouvelles de cette malade six mois après sa sortie de l'hôpital ; la guérison des deux lésions tuberculeuses s'est maintenue ; elle a fait un séjour à la campagne, sous cette influence, l'état général est excellent. Elle a pu reprendre son travail de brodeuse.

Obs. CCLXVIII (personnelle, inédite). — *Spina-ventosa de la 2e phalange du pouce. — Injections de naphtol camphré. — Guérison.*

L..., Louise, 17 ans, femme de chambre, se présente le 7 octobre 1889, à la consultation externe de l'hôpital Beaujon, service de M. L. Labbé, pour un spina-ventosa de la deuxième phalange du pouce droit.

Rien d'important dans les antécédents héréditaires.

Scrofule dans l'enfance ; la malade se plaint de l'affection qui l'amène, depuis environ un mois.

7 octobre. Avec la seringue de Pravaz ponction de la phalange, pus grumeleux, mal lié. Injections de naphtol camphré (20 gouttes). Ces injections sont répétées tous les huit jours.

12 décembre. Diminution très notable du volume de la phalange.

15 janvier. La phalange a repris son volume normal, quoiqu'un peu déformée ; plus de douleurs ; la malade a repris ses occupations sans la moindre gêne.

Obs. CCLXIX (personnelle, inédite). — *Spina-ventosa du gros orteil. — Injection de naphtol camphré. — Guérison.*

Léontine D..., 11 ans, vient à la consultation de l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr L. Labbé, vers le milieu de novembre 1889, pour un spina-ventosa du gros orteil droit. Convulsions dans l'enfance ; pas d'antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels.

Depuis environ 6 mois, l'enfant a remarqué une augmentation de volume du gros orteil droit ; douleurs et gêne pendant la marche, il y a environ deux mois une fistule s'est produite sur le bord interne de la 2e phalange ; issue continuelle de pus grumeleux, mal lié ; cataplasmes, immobilisation pendant quelque temps. Cependant l'orteil est toujours volumineux et l'écoulement purulent continue.

Quand nous voyons cette petite fille pour la première fois ; le gros orteil droit est rouge, tuméfié ; les mouvements imprimés aux phalanges déterminent des craquements articulaires rudes.

Par l'orifice de la fistule situé sur le bord interne, on pénètre dans la 2e phalange qui est très volumineuse ; par une autre exploration on pénètre dans l'articulation qui unit les 2 phalanges, les os sont dénudés, ramollis. Les précautions antiseptiques étant prises, j'injecte dans la phalange et dans l'articulation du naphtol camphré (un quart de seringue pour chaque injection). Pansement au salol, maintenu par du collodion. Ces injections sont répétées tous les huit jours. 17 novembre, l'orteil diminue de volume. 22 décembre, plus de suppuration, plus de douleurs, la phalange a à peu près son volume normal. 12 janvier, la fistule est fermée, les tissus sont souples. Guérison.

Obs. CCLXX (personnelle, inédite). — *Spina-ventosa du 4e métacarpien. — Injections de naphtol camphré. — Guérison.*

Marie F..., 29 ans, vient à la consultation externe de l'hôpital Beaujon, service de M. L. Labbé, pour un spina-ventosa du 4e métacarpien droit, au mois de novembre 1889.

Antécédents héréditaires tuberculeux. Chez la malade, induration du sommet des deux poumons ; conjonctivite et adénites cervicales pendant l'enfance.

Depuis le mois de juin 1889, elle a remarqué une tuméfaction du 4e métacarpien droit ; douleurs, surtout nocturnes. Gêne dans les mouvements.

17 novembre. Avec la seringue de Pravaz, ponction du métacarpien, on retire du pus grumeleux, mal lié ; injection d'un quart de seringue de naphtol camphré. Pas de douleurs après l'injection.

Ces injections sont répétées tous les huit jours, en diminuant la quantité de liquide.

Le 15 décembre, diminution considérable du volume du métacarpien.

Les douleurs ont disparu, les mouvements de la main et des doigts ne sont plus gênés, la malade a repris son travail.

C. — ARTHRITES TUBERCULEUSES

Obs. CCLXXI (personnelle, inédite). — *Ostéo-arthrite tuberculeuse du coude. — Résection de la tête du radius ; chlorure de zinc. — Récidive. — Arthrectomie synoviale : naphtol camphré.*

L..., Léon, 16 ans, sans profession, entre le 23 juillet 1889, à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr L. Labbé, salle Blandin, 8, pour une ostéite tuberculeuse du coude gauche avec abcès.

Parents bien portants. En février 1889, à la suite d'une contusion, tuméfaction douloureuse du coude gauche ; deux mois après, elle avait le volume d'un œuf ; la douleur est surtout nocturne et augmentée par la pression. Le malade peut fléchir l'avant-bras, mais ne peut l'étendre complètement.

Le 30 juillet, M. Schwartz, suppléant M. Labbé, fait un grattage de la tête du radius, tamponnement au chlorure de zinc. Pansement à la gaze iodoformée. Appareil plâtré.

2 septembre. On enlève l'appareil plâtré. Il persiste une petite fistule à la face externe du coude ; injection de naphtol camphré, pansement au salol maintenu par du collodion.

Le 25. Exeat : le malade fait quelques mouvements de flexion et d'extension et peut reprendre ses occupations.

En décembre, tuméfaction de la partie interne de l'articulation, les mouvements du coude sont gênés et douloureux.

18 janvier. Le malade entre de nouveau à l'hôpital Beaujon. A la partie interne du coude, on voit et on sent une tuméfaction molle et diffuse, douloureuse à la pression et dans les mouvements.

Le 22. Opération. Bande hémostatique après élévation du membre. Je trouve une masse de fongosités grisâtres descendant un peu sur le cubitus et remontant sous le triceps.

Excision de ces fongosités et de la synoviale articulaire. Grattage de l'articulation avec la curette, constamment baignée dans le naphtol camphré, drainage articulaire avec une mèche de gaze imbibée de naphtol camphré. Quelques points de suture.

Pansement compressif au salol, immobilisation.

Le 26. Pansement ; je retire la mèche de gaze, injection de naphtol camphré dans l'articulation. Pansement au salol.

Le 31. Pansement. La plaie bourgeonne activement, la cavité com-

mence à se combler ; la partie suturée est réunie. Même pansement. Nous quittons le service.

Obs. CCLXXII (personnelle, inédite). — *Ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet. — Résection partielle. — Grattage. — Naphtol camphré. — Amputation. — Mort de tuberculose pulmonaire.*

B..., Anatole, 18 ans, lampiste, entre le 30 novembre 1888, à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise-Paré, n° 30, service de M. le Dr Périer.

12 juillet 1888. Chute sur la paume de la main droite. Gonflement douloureux. Malgré cela, le malade travaille jusqu'au 12 septembre ; il est alors obligé de cesser toute occupation : le gonflement du poignet a beaucoup augmenté, douleurs vives surtout pendant les mouvements.

30 novembre. Malade pâle, maigre, affaibli. Tuberculose pulmonaire : craquements humides aux deux sommets, submatité. Rien aux testicules et à la prostate.

Le poignet droit est gonflé, douloureux, œdémateux ; on éprouve une sensation de fausse fluctuation.

Température locale augmentée. Gêne considérable des mouvements de la main et des doigts.

La tuméfaction occupe tout le poignet et envahit un peu l'éminence thénar.

9 décembre : Opération. On applique la bande hémostatique d'Houzé de l'Aulnoit, après élévation du membre, à la partie inférieure du bras. Antisepsie rigoureuse. 3 incisions, une sur la face palmaire (éminence thénar), 2 sur la face dorsale. Écoulement de pus crémeux, mal lié, verdâtre. Résection de l'os crochu, du grand os ; grattage avec la curette de Volkmann des autres os du carpe et des fongosités. Irrigation au naphtol camphré. Une mèche de gaze au salol imbibée de naphtol camphré est introduite dans le carpe et sert de drain.

Pas de réunion. Pansement au salol.

Compression. Immobilisation.

11 décembre. On retire la mèche de gaze au naphtol camphré : la plaie est recouverte de poudre de salol. Même pansement.

Le 22. Pansement. La plaie est recouverte de bourgeons actifs.

10 janvier. Granulation.

Le 31. La plaie est à peu près complètement cicatrisée. Le gonflement du poignet a disparu en grande partie. Plus de douleurs ; quelques mouvements des doigts.

Avril 1889. Le malade revient à l'hôpital. Les extrémités inférieures des os de l'avant-bras sont envahies par la tuberculose, altération considérable de l'état général.

Le 16. Amputation de l'avant-bras au tiers supérieur.

Guérison par première intention.

Juin. Mort de tuberculose pulmonaire.

Obs. CCLXXIII (personnelle, inédite). — *Ostéo-arthrite du carpe. — Résection du pyramidal. — Lavage et drainage au naphtol camphré. — Guérison.*

Cl..., Émile, 29 ans, garçon boucher, entre le 3 septembre 1889, à l'hôpital Beaujon, service de M. L. Labbé, salle Blandin, 10.

Depuis trois ans, le malade se plaint de gêne et de douleurs dans la partie interne du poignet droit ; cette région s'est tuméfiée peu à peu. Un médecin consulté, a appliqué des pointes de feu qui n'ont amené aucune amélioration, puis a placé un séton, dont le trajet suppure sans résultats.

A l'entrée du malade, le poignet droit présente dans la partie interne au niveau de l'extrémité inférieure du cubitus une tuméfaction molle et diffuse se continuant vers le carpe ; il y a deux fistules, à bords fongueux, l'une sur la face dorsale du poignet, l'autre à la partie interne du cubitus ; par cette dernière, le stylet arrive profondément sur un os carié.

10 septembre : Opération. M. Labbé veut bien me la confier. Incision réunissant les deux fistules et descendant vers le 5e métacarpien. On voit une masse fongueuse engainant l'extrémité inférieure du cubitus et se prolongeant dans le carpe. Excision avec les ciseaux, grattage des fongosités fusant dans les articulations carpiennes internes. Evidement du pyramidal avec la curette. Lavage au naphtol camphré. (Pendant toute l'opération les instruments étaient baignés par ce liquide.) Drainage avec une mèche de gaze imbibée de naphtol camphré. Réunion partielle à l'aide de quelques points de suture au crin de Florence. Pansement au salol. Compression, immobilisation.

Le 15. Pansement ; j'enlève la mèche de gaze. Lavage au naphtol. La cavité, bourgeonnante, est remplie au salol. Même pansement.

5 octobre. Le malade sort de l'hôpital, il n'y a plus qu'une petite surface granuleuse.

Le 22. Guérison complète. Un peu de raideur dans les mouvements. Massage.

2 novembre. Bon état. Mouvements à peu près normaux.

Obs. CCLXXIV (personnelle, inédite). — *Arthrite tuberculeuse aiguë coxo-fémorale. — Arthrotomie. — Lavage et pansements au naphtol camphré ; en voie de guérison.*

Ernest G..., 16 ans, journalier, entre le 2 octobre 1889, dans le service de M. L. Labbé, salle Marjolin, 20.

Le 30 septembre, le malade avait été apporté dans le service de médecine de M. Gombault, à l'hôpital Beaujon, pour une arthrite aiguë coxo-fémorale gauche très douloureuse. La température était très élevée, 40°

et l'état général très altéré. Craignant la suppuration, le malade est envoyé en chirurgie.

Le 2 octobre, nous voyons le malade : faciès terreux, pâle, infectieux, amaigrissement extrême, lésions tuberculeuses très nettes au poumon droit, température oscillant entre 40° et 41°. La région de la hanche est très douloureuse, empâtée ; les mouvements sont impossibles. La pression en avant et en arrière de l'articulation détermine les plus vives douleurs.

Arthrotomie (incision postérieure), infiltration séro-purulente des tissus profonds. A l'ouverture de l'articulation, issue d'un pus grumeleux, mal lié, lavage de l'articulation à la solution de sublimé à 0,50 p. 1000. Dans la crainte de lésions du grand trochanter, deux trépanations sont faites sur la face externe de l'os : sang, pas de pus. Drainage. Pansement au salol. Compression ouatée.

(Nous avons examiné le pus et des fongosités grattées et nous avons constaté la présence de bacilles de Koch, en petite quantité.)

Malgré cette intervention, les douleurs ont peu diminué, la température se maintient au-dessus de 40°, l'état général n'est pas amélioré.

Nous instituons un traitement tonique : vin de champagne, vin vieux, etc. Le malade prendra tous les jours 2 gr. 50 de naphtol β, en 10 paquets ; une injection hypodermique de bibromhydrate de quinine à 1 p. 50.

Le 4 octobre, je fais un lavage de l'articulation au naphtol camphré, puis un drainage avec une mèche de gaze imbibée de naphtol camphré. Pansement ouvert au naphtol camphré. Immobilisation.

Le 5. La température ne dépasse pas 38° : le faciès est meilleur, moins de douleurs.

Le 7. Pendant la visite du matin, je constate un érythème de la face ayant débuté par le nez, il disparaît en deux heures. Pas d'élévation de température.

Le 10. Pansement. Lavage de l'articulation et de la plaie au naphtol camphré. Pansement avec la gaze imbibée de ce liquide.

Le 18. Pansement. La plaie bourgeonne activement, même pansement. Suppression des paquets de naphtol.

Le 23. Excellent état de la plaie. Nouvelle injection de naphtol camphré dans l'articulation. 2 greffes épidermiques sur les surfaces bourgeonnantes.

10 novembre. La plaie marche activement vers la cicatrisation. Pansement au salol.

Le 20. La plaie a beaucoup diminué d'étendue. Les douleurs ont complètement disparu ; l'état général est excellent, l'appétit est bon ; le malade reprend ses forces. J'applique un appareil silicaté de Cazin. Extension et légère rotation externe.

20 janvier 1889. L'appareil silicaté est enlevé. La plaie est presque complètement fermée, il ne reste plus qu'une petite surface bourgeonnante ; pas de pus. Malheureusement, je constate deux escarres, l'une

à la région sacrée, l'autre à la région dorsale et produites probablement par le décubitus prolongé et les bandes métalliques de l'appareil, malgré l'ouate. Je touche les deux escarres au naphtol camphré, pansement au salol maintenu par du collodion.

Le 31. Je quitte le service ; le malade a repris de l'embonpoint, il mange avec appétit, ne souffre plus de la hanche, qui est un peu ankylosée, en bonne position ; les deux escarres ont bien diminué.

Obs. CCLXXV (personnelle, inédite). — *Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou droit. —Résection ; insuccès : fistules, mobilité. — Nouvelle résection : grattage et lavage au naphtol camphré. — Guérison. — Bonne consolidation.*

R.., Henriette, 19 ans, sans profession, entre le 23 novembre 1888 à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr L. Labbé, salle Laugier, no 1, pour une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou droit remontant à plusieurs mois. Le 15 janvier on fait une résection du genou : sutures osseuses, lavage au sublimé au 1/1000, drainage. Pansement iodoformé, immobilisation avec attelle de Boeckel.

17 janvier. Premier pansement : on retire les drains.

Le 31. 2e pansement.

5 février. 3e pansement, motivé par une élévation de la température et des douleurs. C'est la première fois que nous voyons la malade. Les deux fragments sont mobiles ; la réunion est faite en grande partie sauf en dedans où se trouve une fistule à la place d'un drain. Petites escarres sur le dos du pied et la face postérieure du talon ; elles sont recouvertes de gaze au salol imbibée de naphtol camphré. Pansement au salol sur la ligne de suture. Compression. Immobilisation avec l'attelle de Boeckel.

Le 6. Temp. 39o. Angine herpétique. Gargarisme boriqué.

2 mars. Pansement ; la fistule de la partie interne de l'articulation persiste et suppure.

Le 16. Nouvel orifice fistuleux à l'extrémité externe de la ligne de suture. Pas de consolidation.

7 avril. Mobilité latérale et antéro-postérieure.

2 mai. La mobilité du tibia sur le fémur persistant sans aucune amélioration, ainsi que les trajets fistuleux, interne et externe, l'état général s'altérant, on décide une nouvelle intervention.

7 mai. Mon cher maître, M. le Dr Labbé, a la bonté de me confier cette opération, en me laissant toute liberté d'action. Il a droit à tous mes remerciements.

Après avoir pris toutes les minutieuses précautions antiseptiques, je fais une incision en U sur la cicatrice de la résection antérieure, elle atteint en dedans et en dehors les deux orifices fistuleux. Les tissus sous-cutanés sont infiltrés de matière tuberculeuse, de même que les ligaments et les muscles. Je gratte soigneusement toutes les parties suspectes

(tendons, ligaments, surfaces osseuses) avec la curette de Volkmann, constamment imprégnée de naphtol camphré ; excision de lambeaux de ligaments et de tissus farcis de granulations tuberculeuses. Résection de 2 centimètres du fémur et du tibia. Ces deux os sont infiltrés de matière tuberculeuse : évidement avec la curette de leurs canaux médullaires ; lavage de ces cavités osseuses et des surfaces cruentées et grattées avec le naphtol camphré. La surface d'affrontement du fémur a 5 centimètres de long sur 3 de large, celle du tibia mesure 10 centimètres de long et est formée par le plateau tibial et la tête du péroné.

Deux sutures osseuses au catgut n° 4. Le plateau tibial s'applique exactement à la surface fémorale. Sutures profondes et superficielles au crin de Florence. Deux gros drains en caoutchouc courts et debout, aux deux extrémités de la ligne de suture. Pansement au salol : poudre, gaze, ouate. Immobilisation avec un appareil plâtré.

9 mai. 1er pansement. Levée des drains. Pas de suppuration. Suintement sanguinolent peu abondant. Réunion avancée. Je touche les orifices des drains avec le naphtol camphré. Pansement au salol. Bonne position du membre. L'appareil plâtré est maintenu et la malade est placée dans une gouttière de Bonnet.

10 juillet. 2e pansement. Réunion absolue.

Le membre est solide, en bonne position.

Levée des points de suture. Pansement au salol maintenu par du collodion. Immobilisation avec un appareil silicaté.

30 juillet. La malade se lève et marche, malgré un raccourcissement très notable.

L'état général s'est beaucoup amélioré : la malade a repris de l'appétit et ses forces.

15 octobre. La malade sort de l'hôpital. La consolidation se maintient en bonne position ; la marche est facile grâce à une genouillère en cuir moulé et une bottine à semelle et talon épais.

Obs. CCLXXVI (inédite). — (Service de M. Périer, hôpital Lariboisière.)

C..., Ernestine, 16 ans, journalière, entrée le 14 mars 1889, salle Gosselin, 10. *Synovite fongueuse du genou.* Le 28 mars, arthrectomie : grattage de la synoviale. Lavage au *naphtol camphré.* Immobilisation : appareil plâtré. Guérison.

Obs. CCLXXVII (inédite). — *Arthrite tuberculeuse aiguë du genou. — Arthrotomie, grattage de la synoviale. — Injection de naphtol camphré. — Guérison.* (Observation communiquée par mon excellent collègue et ami Répin.)

L..., Jules, 30 ans, cordonnier, entre le 18 mars 1889, à l'hôpital Lariboisière, service de M. Périer.

Un mois avant l'entrée du malade, entorse tibio-tarsienne à la suite d'un faux pas. Deux jours après, le genou du même membre se tuméfie et devient douloureux. Le malade est obligé de s'aliter. Presque aussitôt, la fièvre s'allume, les douleurs deviennent tellement violentes qu'elles rendent le sommeil impossible, les mouvements du genou sont très limités.

Le malade entre à l'hôpital 15 jours après. L'articulation du genou est le siège d'une tuméfaction considérable, fluctuante. Le moindre contact arrache des cris au malade; la température oscille entre 38° le matin et 39° le soir. Immobilisation. Cataplasmes laudanisés pendant 17 jours. Pas d'amélioration.

2 avril. Arthrotomie. Incision sur la face externe de l'articulation. Issue de pus mal lié, contenant des grumeaux et des débris fongueux. Curettage de la synoviale. Injection de naphtol camphré, massage pour favoriser la pénétration du liquide et son contact avec les parois articulaires. Sutures, drain, appareil plâtré.

Dès le lendemain, la douleur est diminuée. Cette amélioration s'accentue les jours suivants. A partir du 5e jour après l'opération, la température ne dépasse plus 38° le soir et regagne graduellement la normale.

Premier pansement le 12e jour. Peu de suintement, le drain est retiré.

Au bout de huit jours, le trajet du drain est oblitéré. Un mois après l'opération, l'appareil plâtré est enlevé, on commence quelques mouvements communiqués. Au bout de 25 jours, le malade marche avec des béquilles. Il est envoyé à Vincennes.

A son retour, il marche sans béquilles; les mouvements du genou sont à peu près normaux; plus de gonflement, d'empâtement, ni de douleurs.

Le malade est revu six mois après, la guérison s'est maintenue.

Obs. CCLXXVIII (inédite). — (Service de M. Périer, hôpital Lariboisière.)

M..., Marie, entrée le 27 mai 1889, salle Gosselin, 33.

Péri-arthrite tuberculeuse suppurée du genou droit. Arthrectomie le 19 juin. Grattage des fongosités et de la synoviale, irrigation au *naphtol camphré*. Drainage. Sutures. Pansement au salol. Compression. Guérison : quelques mouvements. Légère flexion de la jambe.

Obs. CCLXXIX (inédite). — *Arthrite tuberculeuse suppurée du genou. — Arthrotomie. — Naphtol camphré.* (Note communiquée par mon ami Cocquelet.)

D..., Victorine, 23 ans, entrée le 19 novembre 1889, salle Gosselin, n° 34, à l'hôpital Lariboisière, service de M. Périer. Arthrite tuberculeuse suppurée du genou droit : immobilisation et compression sans résultats.

Arthrotomie le 21 janvier 1890. Injection articulaire de naphtol camphré. Drainage. Pansement compressif au salol. La température qui était au-dessus de 38°, descend rapidement à la normale, après l'opération.

Le 25. Pansement. Bon état, on enlève le drain.

Le 28. Température normale, pas de douleurs.

Obs. CCLXXX (personnelle, inédite). — *Fongosités tuberculeuses péri-articulaires. — Grattage. — Lavage, drainage et pansements au naphtol camphré ; en voie de guérison.*

L..., Hippolyte, 19 ans, menuisier, entre le 2 janvier 1890, à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr Labbé, salle Blandin, 14.

Depuis au moins 6 mois, le malade souffre du genou droit. Gêne des mouvements ; il y a deux mois, trois fistules se sont produites sur la face interne et antérieure du genou.

Le genou droit est déformé, globuleux, empâté. On sent une fausse fluctuation, dans toute la région externe de l'articulation, au-devant de la rotule et sur la partie interne du membre. Peu de liquide dans l'article. Mouvements libres. Pas de position vicieuse. Un stylet introduit dans les fistules ne permet pas de découvrir une lésion osseuse. Le poumon droit présente des lésions manifestes de tuberculose.

10 janvier. Large incision des trajets fistuleux ; on constate la présence de fongosités grisâtres, occupant toute la face externe du genou, remontant au-dessus du condyle externe, et dans la région poplitée, et descendant vers la partie moyenne de la face antéro-externe de la jambe. Même traînée de fongosités au-devant et sur la face interne de l'articulation. Grattage des fongosités. Pas de lésions osseuses ou articulaires appréciables. La plaie est soigneusement lavée et imbibée de naphtol camphré.

Réunion des plaies interne et antérieure. Réunion partielle de la plaie externe ; drainage et pansement à plat avec la gaze imbibée de naphtol camphré.

Les parties suturées sont recouvertes de salol. Compression ouatée, immobilisation.

22 janvier. Pansement. Réunion des parties suturées, on enlève les crins de Florence, la plaie non réunie bourgeonne activement.

31 janvier. Nous quittons le service ; réunion absolue. La plaie de la face externe a beaucoup diminué d'étendue et a un aspect excellent, cicatrisation avancée.

L'état général est amélioré.

L'examen histologique et bactériologique des fongosités nous a montré leur nature tuberculeuse.

Obs. CCLXXXI (inédite). — *Ostéo-arthrite tuberculeuse du cou-de-pied. — Lésions très étendues. — Résection partielle. — Pansement au naphtol camphré. — Guérison.* (Observation communiquée par mon excellent collègue et ami Couder.)

Eugénie B... entre le 18 septembre 1888, dans le service de M. le Dr Périer, salle Gosselin, 12, hôpital Lariboisière, pour une ostéo-arthrite du cou-de-pied droit avec trajet fistuleux en avant et au-dessous de la malléole externe.

État général bon, rien aux poumons.

28 septembre. M. Nélaton, qui suppléait M. Périer, pratique deux longues incisions latérales : il extrait l'astragale, puis, avec la curette tranchante, enlève une partie de la face supérieure du calcanéum et l'extrémité inférieure friable et profondément altérée des deux os de la jambe. La plaie est bourrée de gaze salolée. Pansement à l'ouate salolée, appareil plâtré.

Le soir, T. 38°,4.

29 septembre. T. m. 38°,8; s. 39°,2.

30 septembre. T. 38°,6. Suintement abondant. M. Nélaton fait le pansement. La plaie n'a pas bon aspect, rougeur tout autour. M. Nélaton déclare qu'il croit ne pas avoir atteint les limites du foyer d'ostéite; un raclage complet entraînerait peut-être la destruction de tout le tarse postérieur et d'une grande partie des os de la jambe; ce délabrement serait incompatible avec les fonctions du membre; il pense qu'il n'y a d'autre ressource que l'amputation faite le plus tôt possible.

Le 2 octobre. M. Périer reprend son service et voit la malade avec M. Nélaton. Avant de se décider à l'amputation, il est d'avis d'essayer le naphtol camphré. La plaie est bourrée de gaze salolée imbibée de naphtol camphré.

3 octobre. La température descend graduellement.

4 octobre. T. m. 37°,4; s. 37°,8. On renouvelle le pansement. La malade accuse de vives démangeaisons; il existe de la rougeur et quelques phlyctènes sur les parties de la peau en contact avec le médicament. On enduit la peau de vaseline boriquée et on continue l'emploi du naphtol camphré.

La malade n'accuse pas de douleurs et n'a pas de fièvre les jours suivants; on laisse le pansement en place pendant quinze jours.

20 octobre. La plaie a très bon aspect. On touche au naphtol camphré la cavité d'évidement sans la bourrer de gaze et l'on panse à plat. Ce pansement n'est enlevé qu'au bout de 25 jours. (Pendant ce temps la malade a présenté sur tout le corps une éruption papuleuse rubéoliforme ne s'accompagnant d'aucune fièvre et qui a disparu en deux jours. Comme elle ne prenait aucun médicament à l'intérieur, il est probable que c'est le naphtol camphré qui est en cause.)

14 novembre. La cavité d'évidement est comblée; il ne reste plus que deux plaies linéaires. La partie restante du calcanéum est rapprochée de l'extrémité des os de la jambe raccourcis; cette union est déjà assez solide pour soutenir le pied. Il existe une atrophie considérable des muscles du mollet. Pansement au salol.

30 novembre. Toute plaie a disparu. Pas de fistule. Le membre a un raccourcissement de 3 centim. On applique un bandage roulé pour permettre aux nouvelles attaches du pied de prendre plus de consistance.

13 décembre. La malade sort de l'hôpital avec un brodequin à tuteurs et à épaisse semelle intérieure ; elle peut appuyer sur son pied, mais elle a encore besoin de béquilles.

Obs. CCLXXXII (inédite). — (Service de M. Périer, hôp. Lariboisière.)

Ch..., Florentine, 29 ans, ménagère, entrée le 22 septembre 1888, salle Gosselin.

Ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne. Le 25 septembre, M. le Dr Nélaton, suppléant M. Périer, fait la résection des extrémités tibiale et péronière, l'ablation de l'astragale et le curage du calcanéum. Grattage des tissus infiltrés de fongosités. Pansements au *naphtol camphré.*

12 janvier. Exeat. Guérison complète [avec un raccourcissement de 3 centim. 1/2.

Obs. CCLXXXIII (personnelle, inédite). — *Tuberculose diffuse du cou-de-pied (os, articulations, synoviales tendineuses). — Grattage. — Naphtol camphré. — Guérison absolue.* (La seconde partie de cette observation m'a été fort obligeamment communiquée par M. Périer.)

X..., enfant de 4 ans 1/2 (de Passy), est adressé à M. Périer, à l'hôpital Lariboisière, en décembre 1888, pour une ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne. Les gaines synoviales interne et externe sont tuméfiées.

Grattage avec la curette des os et des articulations et des synoviales fongueuses. Les cavités sont bourrées de gaze imbibée de naphtol camphré. Pansement au salol. Compression ouatée, immobilisation

Tous les huit à dix jours, l'enfant est ramené à l'hôpital. Injections de naphtol camphré dans les cavités; même pansement.

31 janvier 1889. Quand nous quittons le service, l'état du malade est très amélioré ; la tuméfaction du cou-de-pied a disparu, les tissus sont souples, l'enfant ne souffre plus. Les cavités opératoires tendent à se combler et bourgeonnent activement. A la fin de février, la cicatrisation était complète ; il ne restait qu'un peu de raideur dans les mouvements du pied; massage, électrisation.

En mai, le malade marchait et courait sans douleurs. Il fait un séjour à Berck-sur-Mer.

Au mois de décembre, la guérison s'était maintenue parfaite; l'enfant avait une santé florissante.

Obs. CCLXXXIV (inédite). — (Service de M. Périer, hôp. Lariboisière.)

V..., Jeanne, 4 ans. Consultation externe, décembre 1888.

Ostéite tuberculeuse du tarse, fistule. Le 15 décembre, évidement avec la curette tranchante. Pansement au *naphtol camphré*. Complètement guérie le 22 janvier 1889, après 3 pansements.

D. — synovites tendineuses tuberculeuses

Obs. CCLXXXV (personnelle, inédite). — *Hygroma tuberculeux de l'épaule. — Incision. — Lavage au naphtol camphré.*

A..., Émile, terrassier, 23 ans, entre le 30 décembre 1889 à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr L. Labbé, salle Marjolin, 36.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires.

Fièvre typhoïde à 16 ans.

Depuis trois mois, le malade se plaint de douleurs à l'épaule gauche.

Le 4 décembre, en chargeant des mottes de terre, son bras est violemment repoussé en arrière par la chute d'une motte sur le poignet ; il éprouve en ce moment une douleur modérée qui devient très vive le soir et se continue pendant plusieurs jours.

Le 5. Il entre à l'hôpital de Mantes. A sa sortie, les mouvements sont encore difficiles : il existe un gonflement à la partie antéro-interne de l'épaule.

A son entrée : l'épaule est déformée, tuméfiée en avant et en dedans, on perçoit une fluctuation très nette, l'élévation du membre est impossible, l'écartement très douloureux, altérations de l'état général.

10 janvier. Ponction de la tumeur fluctuante avec la seringue de Pravaz, liquide louche, grumeleux, séreux.

Le 28. Incision verticale dans l'espace pectoro-deltoïdien ; sous les muscles, incision d'un abcès volumineux ; pus abondant, mal lié, grumeleux : pas de lésions appréciables de l'articulation ; il est probable qu'il s'agit d'un hygroma tuberculeux sous-deltoïdien. Lavage au sublimé ; contre-ouverture sur le bord inférieur du grand pectoral, dans la région axillaire. Injection de naphtol camphré, drainage avec la gaze imbibée de ce liquide. Pansement au salol, compression ouatée, mobilisation.

Le 31. On retire les mèches de gaze servant de drains. Bon état de la plaie.

Les douleurs ont disparu. Nous quittons le service.

Obs. CCLXXXVI (inédite). — (Service de M. Périer, hôp. Lariboisière.)

D..., Henri, 32 ans, vidangeur, entré le 22 janvier 1889, salle Ambr.-Paré, 12 *bis*. *Synovite tuberculeuse de le gaine des extenseurs* de la main gauche, consécutive à une plaie contuse produite par une tinette

trois mois auparavant. Le 6 février, incision, grattage, pansement au *naphtol camphré*. Sort complètement guéri en avril.

Obs. CCLXXXVII (inédite). — (Service de M. Périer, hôp. Lariboisière.)

P..., Anastasie, 66 ans, entre le 7 mai 1889, salle Gosselin, 36. *Synovite fongueuse de la gaine de l'extenseur* de l'index droit.

13 mai. Incision, grattage, lavage au *naphtol camphré*. Guérison.

Obs. CCLXXXVIII (personnelle, inédite). — *Synovite fongueuse à grains riziformes des gaines des extenseurs des doigts et des fléchisseurs de l'index. — Incision, excision partielle, grattage. — Naphtol camphré. — Guérison avec conservation à peu près complète des mouvements.*

P..., Eugène, 35 ans, employé, entre le 18 novembre 1889, à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr L. Labbé, salle Marjolin, 18, pour une synovite tendineuse tuberculeuse de la gaine des extenseurs et du fléchisseur de l'index de la main droite.

Cette affection a débuté il y a environ huit ans, par une tuméfaction de la paume de la main, se continuant vers la base de l'index. Il y a 4 ans, une tuméfaction semblable s'est produite peu à peu sur le dos de la main. Les mouvements des doigts sont gênés et douloureux.

Le malade entre à l'hôpital le 18 novembre.

Sur la face palmaire de la main droite, on constate une tumeur régulière, mollasse, s'étendant de la troisième phalange de l'index à la partie moyenne de la paume de la main; peu de douleurs à la pression, le mouvement de flexion de l'index est très limité.

Sur la face dorsale, se trouve une tumeur bilobée occupant d'une part toute l'étendue du dos de la main et d'autre part la partie inférieure de la face postérieure de l'avant-bras. Fausse fluctuation. Dans les deux tumeurs, les mouvements des doigts permettent de percevoir une crépitation semblable à celle que donnent les grains riziformes.

27 novembre. Opération. (M. Labbé a la bonté de me la confier.)

Application de la bande hémostatique après élévation du membre. Pas de refoulement. Longue incision sur la face dorsale du poignet et de la main; la gaine des tendons extenseurs est remplie de fongosités grisâtres, englobant complètement les tendons, quelques petits grains riziformes. Excision partielle de la gaine, grattage des tendons et des tissus infiltrés de fongosités. (Pendant toute l'opération, les instruments : ciseaux, bistouri, pinces, curettes, étaient imbibés de naphtol camphré.) Lavage au naphtol camphré. Quelques ligatures au catgut à la partie inférieure et au poignet. Deux drains. Sutures au crin de Florence.

Synovite de la gaine des fléchisseurs de l'index: incision sur toute l'étendue de la tumeur; la gaine est distendue par des fongosités et contient des grains riziformes, Dissection et excision de la gaine dans

la paume de la main, mais au niveau du doigt il est impossible d'agir ainsi, je suis obligé de me contenter de réséquer une partie de la gaine. Grattage minutieux des tissus infiltrés de fongosités. Les tendons criblés de fongosités sont nettoyés avec soin. Le ligament annulaire de la base de l'index ayant dû être incisé pour compléter le grattage, je le reconstitue à l'aide de deux points de suture au catgut. Lavage au naphtol camphré. Sutures superficielles au crin de Florence. Pas de drain.

Pansemeut au salol : poudre, gaze, coton. Compression ouatée.

Le 29. Pansement : j'enlève les drains. Réunion des deux incisions sauf dans les régions où j'avais dû faire des ligatures au catgut. En ces points, quelques gouttes de pus. (J'attribue cette suppuration au catgut employé, et qui était certainement mal préparé ; j'ai eu le regret de constater de la suppuration, dans trois autres opérations où je m'étais servi de ce flacon de catgut.) Même pansement.

8 décembre. Pansement. Réunion complète de l'incision palmaire, j'enlève les points de suture. Sur la face dorsale, désunion partielle de la suture dans les points suppurés.

Pansement au naphtol camphré.

Le 20. Plus de suppuration sur la face dorsale. Les points précédemment désunis bourgeonnent activement. Pansement au salol.

Le 31. Cicatrisation avancée. Même pansement. Le malade sort de l'hôpital.

8 janvier 1890. Pansement : il n'y a plus sur la face dorsale de la main et du poignet que deux traînées granuleuses. Pansement au salol, maintenu par du collodion. J'engage le malade à imprimer des mouvements aux doigts et à la main.

Le 16. Cicatrisation absolue. Raideur des mouvements des doigts et de la main : massage, électrisation des muscles de l'avant-bras et de la main.

Le 31. Les mouvements des doigts sont à peu près normaux.

Le malade a pu reprendre son travail. Pas de douleurs.

Au niveau des deux gaines opérées, les tissus sont souples.

Les mouvements de l'index sont libres. Légère adhérence des tendons extenseurs à la peau de la face dorsale de la main.

Obs. CCLXXXIX (personnelle, inédite). — *Synovite tuberculeuse ulcérée des deux gaines des fléchisseurs de la main. — Pansements et injections au naphtol camphré. — Amélioration très notable.*

A..., Alexandre, 37 ans, journalier, entre le 18 décembre 1889, à l'hôpital Beaujon, service de M. L. Labbé, salle Marjolin, 26, pour une synovite tuberculeuse ulcérée des gaines des fléchisseurs de la main droite.

Parents morts jeunes. Frère et sœurs bien portants.

Pas de maladies jusqu'à 22 ans. A 23 ans bronchite. Depuis cette époque le malade tousse à peu près continuellement surtout l'hiver, par époques, des accès de fièvre le soir.

Au mois d'avril 1888, tuméfaction de la partie antérieure du poignet droit, peu après, gêne dans les mouvements de la main ; toutefois le malade peut continuer son travail jusqu'en août 1889. A ce moment, apparition d'une tumeur molasse dans la paume de la main. Incision : issue d'un liquide louche. Pas de réunion, la plaie suppure et s'ulcère. Cette ulcération augmente et atteint bientôt le diamètre d'une pièce d'un franc. Bientôt après, une nouvelle ulcération se produit au-dessus de la première. Enfin, une troisième tumeur apparaît sur le bord externe du poignet ; d'abord dure, elle se ramollit rapidement et s'ulcère, cette ulcération augmente rapidement et atteint bientôt l'étendue d'une pièce de cinq francs ; elle donne lieu à une suppuration sanieuse, grisâtre. Le pus des deux autres ulcérations est absolument semblable.

Nous voyons le malade, pour la première fois, au commencement de décembre, à la consultation externe. C'est un tuberculeux cachectique. L'examen des poumons permet de constater des signes cavitaires très nets.

La main et le poignet droits sont déformés à la partie antérieure. La région du poignet présente, en dehors, une large ulcération fongueuse, grisâtre, reposant sur une tuméfaction molle et diffuse, bien limitée en haut, mais se continuant en bas, sauf au niveau du ligament annulaire antérieur du poignet, avec un gonflement semblable dans l'éminence thénar; elle paraît occuper la gaine du fléchisseur du pouce. A la partie interne du poignet et de la main, on voit et on sent une tumeur bilobée absolument semblable, se terminant en haut à trois ou quatre centimètres au-dessus du pli du poignet, mais se prolongeant en bas jusqu'à la racine de l'auriculaire, en s'étendant un peu en dehors au niveau de la paume de la main ; dans la partie palmaire de cette tumeur on voit deux ulcérations l'une petite, au niveau du pli de flexion des doigts, l'autre plus large sur l'éminence hypothénar. Ces ulcérations sont fongueuses et fistuleuses. Un stylet introduit dans les trajets de ces fistules pénètre dans la gaine des fléchisseurs.

La tuberculose pulmonaire avancée du malade et l'étendue des lésions de la main, ne me paraissant pas pouvoir autoriser une opération radicale aussi importante que celle qui aurait été nécessaire, je me contentai d'appliquer sur les ulcérations tuberculeuses du poignet et de la main de la gaze imbibée de naphtol camphré, et d'appliquer un pansement compressif.

Huit jours après, le malade revint me voir : les ulcérations avaient diminué d'étendue, elles bourgeonnaient activement. Le malade ne souffrait plus.

Le 18 décembre le malade entre dans le service ; M. Labbé a la bonté de me le confier. Avec la seringue Pravaz, je fais dans les trois tumeurs des injections de 4 à 5 gouttes de naphtol camphré, et j'injecte dans les fistules de la gaine interne une seringue entière de ce liquide. Pansement des ulcérations avec de la gaze imbibée de naphtol camphré. Compression

ouatée et immobilisation. En même temps le malade est mis à un régime tonique.

Le 25. Le malade contracte l'influenza. Température élevée, congestion pulmonaire. Malgré cela, je ne touche pas au pansement.

2 janvier 1890. Le malade est guéri de son influenza ; les forces reviennent.

Le 5. Pansement : les tumeurs des deux gaines ont considérablement diminué, l'ulcération de la gaine externe est à peu près complètement cicatrisée ; les deux fistules de la gaine interne persistent, mais bourgeonnent; 3 injections (4 à 5 gouttes) de naphtol camphré dans les tumeurs, une injection (demi-seringue) dans chaque fistule.

Le 20. Le malade demande à sortir de l'hôpital ; la toux a diminué, les forces et l'appétit sont revenus. Pansement : l'ulcération de la gaine externe est cicatrisée, et la tuméfaction a à peu près complètement disparu. La pression de la gaine interne, ne fait plus sourdre de pus par les fistules, la tuméfaction a notablement diminué, on ne sent plus la fausse fluctuation qui était si nette quand nous avions vu le malade deux mois auparavant. Même pansement au naphtol camphré. Trois injections.

Le 30. Je revois le malade ; la face antérieure du poignet et la paume de la main sont à peine déformées. Sur le trajet des gaines, plus de fausse fluctuation. Les 2 fistules internes bourgeonnent. Les mouvements de la main et des doigts sont assez faciles et non douloureux.

3 injections de naphtol camphré, occlusion des fistules avec l'ouate au salol, maintenue par du collodion.

Obs. CCXC (personnelle, inédite). — *Hygroma tuberculeux du genou. — Excision. — Lavage au naphtol camphré. — Guérison.*

N..., Louis, 21 ans, employé à la Cie de l'Ouest, entre le 14 décembre 1889 à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr L. Labbé, salle Blandin, no 5, pour une tumeur de la face antérieure du genou gauche.

Environ 10 mois auparavant, le malade remarqua une petite tumeur du volume d'une noisette sur la face antérieure du genou gauche, sur le bord externe du tendon rotulien. Tout d'abord indolente, cette tumeur détermine de la gêne des mouvements et quelques douleurs en augmentant de volume. Dans sa profession, N... frottait souvent le genou gauche contre la machine. Quelques temps après, les douleurs augmentaient le soir.

Vers le mois de septembre, contusion du genou gauche : sous l'influence de ce traumatisme léger d'ailleurs, la tumeur augmente de volume.

A son entrée, 14 décembre : la partie antérieure du genou gauche est un peu déformée ; on voit une tumeur diffuse soulevant le tendon rotulien et s'étendant en dehors. Cette tumeur bien limitée en dedans du

tendon rotulien, est diffuse en dehors. A la palpation la tumeur est molasse, empâtée, fausse fluctuation. Pas d'épanchements dans l'articulation. Une pression méthodique ne détermine pas la réduction de la tumeur. L'examen n'est pas douloureux. La peau est saine et ne présente pas de vascularisation anormale.

Légère induration du sommet du poumon droit.

Diagnostic : Hygroma chronique tuberculeux.

17 décembre. Opération. Longue incision verticale, parallèle au tendon rotulien, sur la saillie externe de la tumeur. La tumeur apparaît blanc rosé, assez bien limitée, mais un peu adhérente à la capsule fibreuse articulaire. Excision de la tumeur : elle est formée de deux parties, l'une située sous le tendon rotulien, formée d'une poche à parois épaisses et contenant un liquide citrin trouble, l'autre, s'étalant au-devant du condyle externe du tibia jusqu'à la tête du péroné, formée de fongosités.

Malgré une dissection minutieuse, une partie de la paroi de l'hygroma reste adhérente à la capsule fibreuse. Grattage avec la curette de Volkmann.

Lavage et imbibition de toute la surface cruentée avec le naphtol camphré.

Sutures profondes et superficielles au crin de Florence.

Drain. Une injection de naphtol camphré est faite par le drain.

Pansement au salol : poudre, gaze, ouate.

Compression et immobilisation à l'aide d'attelles de zinc.

A son réveil, le malade ne souffre pas du tout.

Le 19. 1er pansement. On enlève le drain. Réunion avancée,

Le 25. Influenza. T. 38°,2.

Le 29. Congestion pulmonaire. T. 38°,8.

Pansement. Pas de suintement. Réunion absolue, on enlève les sutures profondes et superficielles.

5 janvier. Cicatrisation complète. Pas de tuméfaction du genou et de la région opérée.

Les mouvements du genou sont libres et non douloureux.

Le 6. Exeat.

L'examen histologique de la tumeur, m'a démontré qu'il s'agissait de fongosités tuberculeuse.

Obs. CCXCI (personnelle, inédite). — *Synovites tuberculeuses des gaines des péroniers latéraux et du jambier postérieur. — Naphtol camphré. — Guérison.*

P..., Pierre, 35 ans, camionneur, entre le 15 octobre 1888, à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise-Paré, lit n° 8.

En juin 1888, le malade était entré une première fois à l'hôpital pour des douleurs au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche ; à cette

époque le cou-de-pied était tuméfié surtout latéralement et le malade éprouvait surtout pendant la marche et après des fatigues, des douleurs assez vives qui l'obligeaient à prendre du repos. C'est environ à six mois qu'il faisait remonter le début de ces accidents. Bonne santé habituelle, pas d'antécédents tuberculeux chez les parents. Lors de son séjour à l'hôpital en juin, on lui appliqua des pointes de feu sur la région du cou-de-pied et on l'immobilisa dans un appareil silicaté.

A son entrée le 15 octobre, le malade nous paraît amaigri, il est pâle et a peu d'appétit. A l'examen des poumons, on trouve des signes très nets de tuberculose pulmonaire particulièrement au sommet droit où la respiration est rude, et la submatité très nette. Pas d'hémoptysies. P... se plaint du cou-de-pied gauche, la région est déformée surtout des deux côtés par des saillies diffuses et mollasses suivant les gaines des péroniers en dehors, et du jambier postérieur en dedans. Il s'agit évidemment de synovites tuberculeuses de ces gaines. L'articulation paraît saine à l'exploration. Les mouvements du pied sont douloureux. Le malade accuse des douleurs spontanées, parfois très vives pendant la nuit et accusées par la marche qui est presque impossible. Rien aux testicules.

M. le Dr Périer pense à une synovite tuberculeuse des gaines des péroniers et des jambiers postérieurs et se propose d'inciser ces gaines, de les gratter et de modifier les tissus avec le naphtol camphré.

L'opération a lieu le 31 octobre.

1er incision sur le bord interne du cou-de-pied, en suivant le trajet du tendon du jambier postérieur, en arrière de la malléole interne, incision de 12 à 15 centimètres remontant au-dessus de la malléole interne et se prolongeant jusqu'à l'insertion inférieure du jambier postérieur. La gaine du jambier postérieur étant ouverte, elle apparaît remplie de fongosités grisâtres qui masquent et entament le tendon.

Grattage minutieux avec la curette de Volkmann.

L'exploration de l'articulation tibio-tarsienne et de la malléole interne est négative.

2e incision verticale en arrière de la malléole externe se recourbant au-dessous du sommet de cette épiphyse et se dirigeant en suivant la gaine des péroniers vers l'extrémité postérieure du 5e métatarsien, les gaines des péroniers sont distendues par des fongosités. Grattage poursuivi dans la région plantaire pour la gaine du long péronier latéral.

Lavage des gaines interne et externe avec la solution de sublimé au 1000e, injection dans les gaines de naphtol camphré, sutures des bords des gaines au catgut. Nouvelle irrigation des surfaces cruentées avec naphtol camphré. Quelques points de suture superficielle pour diminuer l'étendue de la plaie, 2 drains : l'un en dedans, l'autre en dehors. Pansement au salol : poudre, gaze, ouate. Compression et immobilisation.

6 novembre. 1er pansement. Suppression des drains, la région n'est pas tuméfiée et la réunion est avancée. Même pansement.

12 décembre. 2e pansement, ni pus, ni douleur à la pression. On enlève les points de suture, la cicatrisation est à peu près complète. Gaze au salol imbibée de naphtol camphré sur les surfaces bourgeonnantes.

10 janvier. Guérison absolue. Appareil silicaté.

Le 23. Le malade va à Vincennes, son état général est bien meilleur, l'appétit et les forces sont revenues. Le malade a un faciès excellent et a notablement engraissé.

La marche n'est pas douloureuse.

Le malade devait venir nous voir s'il présentait la moindre récidive ; nous ne l'avons pas revu.

Obs. CCXCII (inédite). — (Service de M. Périer, hôp. Lariboisière.)

P..., Pierre, 48 ans, fumiste. Entré le 16 février 1889, salle Ambroise-Paré, 26. *Synovite fongueuse de la gaine des péroniers* et hygroma tuberculeux rétro-calcanéen. Le 5 mars : deux incisions latérales. Grattage avec la curette, pansement au *naphtol camphré*. Sort guéri le 23 mars.

Obs. CCXCIII (personnelle, inédite). — *Hygroma tuberculeux rétro-calcanéen. — Excision, grattage. — Drainage et pansements au naphtol camphré. — Guérison.*

J..., Gabrielle, 18 ans, couturière, entre le 5 mars 1889, à l'hôpital Beaujon, service de M. L. Labbé, salle Laugier, 3. Depuis six mois environ cette malade se plaint de douleurs pendant la marche ; elle remarque depuis cette époque une tuméfaction de la partie inférieure de la jambe droite, occupant la région du tendon d'Achille.

Il y a un mois une petite fistule s'est établie à la face interne du cou-de-pied ; il s'en écoule continuellement une petite quantité de pus.

A son entrée, on constate à la partie inférieure de la jambe droite et des deux côtés du tendon d'Achille, un gonflement diffus, mal limité, mou et pâteux. Par l'orifice fistuleux situé à 2 centimètres en arrière de la malléole interne, un stylet introduit pénètre dans une masse fongueuse, saignant facilement ; on arrive par cette exploration, à la face externe de la jambe. On ne sent pas de lésions osseuses.

L'état général de la malade est assez bon, malgré des signes manifestes de tuberculose : quelques ganglions strumeux cervicaux ; il y a un an elle a eu un abcès froid du bras droit qui fut incisé et gratté, mais qui a récidivé. Légère induration du sommet du poumon droit, un peu de toux sèche, mais sans expectoration purulente.

Le 19 mars. Opération. Pas d'Esmarch, bande hémostatique au-dessous du genou après élévation du membre.

M. Labbé fait deux incisions verticales, des deux côtés du tendon d'Achille, on se trouve en présence d'une masse de fongosités grisâtres, située entre le tendon d'Achille et les muscles profonds, se continuant en

bas jusqu'au calcanéum. Ces lésions tuberculeuses paraissent avoir pris naissance dans la bourse séreuse rétro-calcanéenne.

M. Labbé fait avec soin l'excision de cette masse fongueuse, puis le grattage des tissus infiltrés et résèque le trajet fistuleux et la peau, amincie et envahie par les granulations tuberculeuses, qui entoure l'orifice de la fistule.

Les os ne sont pas altérés. Lavage au napthol camphré ; la cavité opératoire est drainée avec de la gaze imbibée de napthol camphré. Réunion d'une partie des incisions à l'aide de sutures au crin de Florence.

Pansement au salol, compression ouatée, immobilisation.

22 mars. Pansement. On retire les mèches de gaze, injections de naphtol camphre. La plaie opératoire est remplie de poudre de salol.

Pansement au salol. Compression.

30 avril. Pansement : la plaie opératoire est à peu près comblée par des bourgeons actifs, réunion de la partie suturée. On enlève les crins de Florence, pansement au salol maintenu par du collodion.

15 juin. Cicatrisation absolue. Raideur des mouvements du pied. Massage, électrisation.

Abcès froid du bras droit ; incision le 18 juin, grattage, injection de naphtol camphré, réunion, pansement au salol.

Le 30. L'abcès froid est guéri, réunion parfaite.

2 août. La malade sort de l'hôpital et va faire un séjour aux bords de la mer. Elle marche sans douleur, la région du cou-de-pied a repris ses caractères normaux, l'état général est bien amélioré.

En décembre. J'ai eu des nouvelles de la malade, la guérison s'est maintenue, elle jouit d'une parfaite santé.

Obs. CCXCIV (inédite). —*Synovite fongueuse de la gaine interne du cou-de-pied. — Injections interstitielles de naphtol camphré. — Guérison.* (Observation communiquée par mon collègue et ami Répin.)

P..., Charles, 4 ans, est adressé à M. Périer, à l'hôpital Lariboisière, en avril 1889, pour synovite fongueuse de la gaine interne du cou-de-pied.

P... Charles est l'avant-dernier de huit enfants, tous bien portants. Son père et sa mère ont une bonne santé.

L'enfant présente le type scrofuleux : adénite cervicale, blépharite ciliaire.

Il a commencé à souffrir du cou-de-pied droit au mois de mars dernier, sans cause apparente ; une tumeur est apparue peu à peu sur la face interne de l'articulation tibio-tarsienne. Quinze jours après le début de cette affection, l'enfant est amené à l'hôpital. On constate l'existence d'une synovite fongueuse de la gaine des fléchisseurs à leur passage sous la malléole interne, faisant un relief notable, mais ne présentant aucun point nettement fluctuant.

Traitement: injections interstitielles de naphtol camphré dans la tumeur, combinées avec la compression.

Pendant le premier mois, on fit deux injections par semaine de 1 c. c. chacune. Au bout de ce temps on constata que la tumeur avait grossi et que plusieurs points étaient devenus fluctuants au niveau des piqûres. Le nombre des injections fut réduit à une par mois. Deux des petits points fluctuants furent incisés, ils contenaient de la sérosité colorée par le naphtol camphré ; ils se cicatrisèrent bientôt. A partir de ce moment, la tumeur diminua rapidement.

Au mois d'août on ne sentait plus qu'une induration. On cessa les injections. Le pied fut immobilisé, en bonne position, par un appareil plâtré, pendant un mois; au bout de ce temps, le pied était à angle droit; l'articulation très raide ne possédait que des mouvements très limités; l'enfant ne pouvait marcher.

Il passa le mois d'août à la campagne : prenant de l'huile de foie de morue.

A son retour, toute trace de la synovite a disparu, sauf une petite induration de la peau.

Massage, mouvements actifs et passifs, marche.

En décembre : l'enfant revu, est absolument guéri.

Obs. CCXCV (personnelle, inédite). — *Synovite tendineuse tuberculeuse de la gaine interne du cou-de-pied ; envahissement de la malléole et de l'articulation tibio-tarsienne; grattage, lavages, drainage et pansements au naphtol camphré. — Guérison.*

C..., Justin, 56 ans, entre le 26 septembre 1889, à l'hôpital Beaujon, service de M. L. Labbé, salle Marjolin, 24.

En décembre 1888, contusion de la région de la malléole interne par un coup de pied de cheval. Depuis lors gonflement, douleurs et impotence du membre qui augmente peu à peu et oblige le malade à entrer à l'hôpital.

26 septembre. Tuméfaction générale de la région du cou-de-pied surtout en dedans, sur le trajet des tendons des muscles jambier postérieur et fléchisseurs des orteils ; la malléole est volumineuse. Les mouvements passifs sont très douloureux ; empâtement de l'articulation tibio-tarsienne. La peau est amincie et violacée en dedans.

Le 29. Opération. M. L. Labbé a la bonté de me la confier ; je l'en remercie bien vivement. Longue incision suivant le trajet des tendons fléchisseurs, depuis le tiers inférieur de la jambe jusqu'à la plante du pied.

Les gaines tendineuses sont remplies de fongosités grisâtres : les tendons sont criblés de granulations tuberculeuses.

Grattage soigné des gaines et des tendons avec la curette trempée souvent dans le naphtol camphré ; sur le bord postérieur de la malléole

interne au niveau de la gouttière, on voit un foyer caséeux ; évidement de la malléole ; ouverture de l'articulation tibio-tarsienne.

Je la complète par une grande incision antérieure transversale et portant le pied en abduction puis en extension forcée, je constate que la synoviale est couverte de fongosités, peu d'altérations des cartilages ; grattage et excision d'une partie de la synoviale. La peau de la partie interne du cou-de-pied, très altérée, ne peut être conservée ; j'en excise une partie et je gratte soigneusement le reste.

Lavage abondant de la gaine synoviale, de la cavité de la malléole interne et de l'articulation au naphtol camphré, injection de ce liquide dans la plante du pied, suivant le trajet des tendons.

Sutures au catgut de la gaine tendineuse.

Drainage de l'articulation et de la malléole interne avec de la gaze imbibée de naphtol. Sutures des extrémités des incisions au crin de Florence. Pansement au salol sur les sutures et à plat avec naphtol sur les parties non réunies. Compression ouatée, immobilisation en bonne attitude.

2 octobre. Pansement, je retire les mèches de gaze servant de drain ; injections de naphtol camphré dans l'articulation et la malléole. Pansement au naphtol camphré et au salol.

Le 11. J'enlève les points de suture.

4 novembre. Réunion complète des parties suturées, les surfaces pansées à plat sont bourgeonnantes ; une couche superficielle du tendon a été éliminée.

Pansement au salol.

22 décembre. Influenza. Broncho-pneumonie.

12 janvier 1899. Pansement. Réunion de l'incision antérieure et cicatrisation de presque toute l'incision interne, il ne reste plus qu'une traînée granuleuse.

Le 31. Nous quittons le service : cicatrisation complète ; le pied est ankylosé en bonne position.

Le malade marche sans douleurs avec une canne.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Albert (de Vienne). — De l'arthrotomie. *Wiener med. Presse*, p. 825, 1876.
— Traitement des affections scrofuleuses et tuberculeuses. *Collège médical de Vienne*, 8 avril 1889.
Allingham. — A new method of performing excision of the knee-joint. *Brit. med. Journ.*, p. 106, 1887.
Annandale. — Des incisions antiseptiques exploratrices. *Edimburg med. Journ.*, XX, 11, 612, 1875.
Angerer. — De la tuberculose articulaire. *Münchener med. Woch.*, XXXV, p 435-437, 1888.
Arbaud. — Un cas de spina ventosa chez l'adulte. *Gaz. méd. de Bordeaux*, août 1886.
Ardle. — The treatment of tubercular diseases in and near-joints. (Read before the section of surgery Roy. Acad. of med. in Ireland.) *The Dublin Journal of med. Sc.*, 1er février, avril 1889.
Ashurst. — Etude sur les résections des grandes articulations : 120 cas, 19 épaules, 40 hanches, 51 genoux, 6 cous-de-pied. American Surg. associat., in *Journal of Americ. med. Associat.*, p. 457, 1888.
— Arthrectomy of the knee-joint on a substitute for excision. *Medic. et Surg. Reporter*, IX, p. 510-522, 1889 et *Polyclinic Philad.*, VI, 301-303, 1888-89.
Attenburow. — Du traitement des affections de la hanche. *The Lancet*, 14 août 1875.
Audry. — Des ostéites de l'omoplate. *Revue de chirurgie*, 11 novembre 1887.
Aussenal. — Ostéo-arthrite tuberculeuse, son traitement par la résection sous-périostée. (*Thèse de Montpellier*, n° 56, 1888.)
Baker (**M.**). — Excision of the knee-joint fold old disease ends of the bones fixed tagether by steel pins. *Brit. medic. Journal*, London, 1, 744, 1888.
Baraban. — Les résultats éloignés des résections des grandes articulations. *Thèse d'agrégation*, 1883.
Barette. — Sur le traitement des manifestations de la tuberculose. *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris, 1888.
— *Antiscpsie chirurgicale*, Paris, 1888.
Barker. — Three lectures on tubercular joint disease and treatement by operation. *Brit. med. Journal*, 1, 1202-1259-1322, 1888.
Barker (**A. E.**). — Primary union alter excision of tubercular hip-joint. *Brit. medic. Journal*, London, p. II, 1336-1338, 1888.
— An address on a useful technic in removing tubercular disease from the hip-joint, delivred before. The Brigthon medical and chir. Society. Dec. 1888. *Brit. med. Journal*, London, 1, 121, 123, 1889.
Barth. — Sur une nouvelle méthode de traitement applicable aux kystes synoviaux, aux kystes sébacés et en général à toutes les tumeurs kystiques superficielles. *Union médicale*, 15 janvier 1889.
Bartha (**Von**). — Studie der gelenk resection, auf grumd der von januar 1880 bis 1 januar 1886. Ausgefurten operationen. *Archiv für Klin. chir.*, Berlin, XXXVIII, p. 697-768, 1888-89.
Barthelemy et **Vigier.** — Epithèmes antiseptiques dans le traitement des diverses affections de la peau (lupus, etc.). *Bull. Soc. médic. prat. de Paris*, 48-51, 1889.
Barwell (**R.**). — Traitement de la synovite articulaire strumeuse. *Encyclopédie internat. de chirurg.*, IV, p. 549, 1885.
Bauerhanhn. — De la valeur de la résection ostéoplastique du pied, d'après Wladimiroff-Mickulicz. *Deut. Zeit. f. chir.*, XXVII, p. 437-465, 1888.
Beach (**H. A. A.**). — Tuberculoses of sheath of extenson tendons of foot operation. *Boston m. et s. Journal*, 1889.
Behring. — De l'empoisonnement iodoformique. *Deutsch. medic. Woch.*, 1882.
Bérard. — Art. Spina ventosa. *Dict. en 30 volumes*, 1840.
Berdinel. — Synovite tendineuse chronique. *Bull. Soc. anat.*, 1875.
Berger (de Hambourg). — La tuberculose des gaines tendineuses. *Deustche Zeitschrift für chirurgie*, XXI, 3-4, p. 33, 1885.

Berger. — Des pansements à l'iodoforme. *Rev. des Sc. médic.*, XXI, p. 738, 15 avril 1883.
Berry. — Contribution à l'étude de l'arthroxexis ou abrasion intra-articulaire dans le traitement des arthrites fongueuses. *Thèse doct.*, Bordeaux, 1889.
Berthelot. — Kystes synoviaux tendineux. *Gaz. des hôpitaux*, 1872.
Bidard. — De la synovite tendineuse chronique. *Th. Paris*, 1858.
Bidder. — Sur les méthodes de traitement actives et expectatives de la tuberculose articulaire. *Deutsche Zeitschrift f. chirurgie.* XXI, p. 80, 1885.
Bienfait. — *Gaz. hebdom.*, p. 251, 1884.
Billroth. — *Chirurgische klin. Wien.*, 1869-1870.
— Eléments de path. chir. général. Traduct. Calman et Engel, Paris, 1888.
Blocam (**J. A.**). — Disease of carpus excision. *Polyclin. Philad.*, XXX, p. 361, 1888.
Blum. — Chirurgie du pied, 1888.
Bock. — Contribution à l'étude de l'arthrite mono-articulaire chronique et de son traitement. *Journ. méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, LXXXVI, 353, 359, 1888.
Bœckel (**E.**) et **Bœckel** (**J.**). — De l'arthrotomie antiseptique et de ses indications. *Gaz. médic. de Strasbourg*, n° 10, 1877-1881.
Bœckel (**J.**). — Résection antiseptique du genou. *Bull. et mém. Soc. chir.*, t. VII, p. 8 et 9, 1881.
— Fragments de chirurgie antiseptique, Paris, 1882.
— *Gaz. médic. de Strasbourg*, juillet 1885.
— Cure des abcès ossifluents volumineux de la cuisse, d'origine vertébrale. *Congrès français de chirurgie*, 1885.
— Contribution à l'étude de la résection de l'épaule. *Société médic. Strasbourg*, XXIV, p. 135-163, août 1887.
— Note sur une série de douze arthrectomies du genou. *Acad. de médecine*, mars 1888.
— *De la résection du genou*, Paris, 1889.
— Résultats immédiats et éloignés du traitement des tuberculoses locales. *Congrès français de chir.*, Paris, 1889.
Bœgehold. — *Arch. v. Langenbeck's*, XXVII, p. 721-722.
Boileau de Castelneau. — Du pansement de Scott. *Th. de doct. Paris*, 1848.
Boinet. — Traité de l'iodothérapie, Paris, 1865.
Bolognesi. — Étude sur les tumeurs des gaines synoviales du poignet. *Thèse de Paris*, 1882.
Bonnet. — *Traité des maladies articulaires*, 1853.
Bossu. — Du menthol, en injections intrachéales et laryngiennes dans la tuberculose du poumon et du larynx. *Thèse de Paris*, 1889.
Bouchard (**Ch.**). — Sur le naphtol comme médicament antiseptique. *Compt. r. Acad. sciences*, p. 702-707, 1887, et *Union médicale*. 3e s. XIV, p. 676-679, 1887.
— *Thérapeutique des maladies infectieuses*, Paris, 1889.
Bouchard. — Scrofulo-tuberculose des os. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 janv. 1887.
Bouilly. — Tumeur blanche du genou. *Gaz. méd.*, 14 oct. 1882.
— Des résultats immédiats et éloignés du traitement des abcès froids. *Congr. français de chir.*, p. 230, 1885.
— Tumeur blanche du coude. *Gaz. des hôp.*, 20 sept. 1886.
Boulengier. — Tumeur blanche, carie, spina ventosa. *Presse médic. Belge*, XLI, 177-179, 1889.
Boursier. — Abcès douloureux du tibia. Trépanation, guérison. *Bull. Soc. méd. chir. Bordeaux*, p. 639, 1887.
— *Leç. clin. hôp. St-André, Bordeaux*, Paris, 1887.
Boyer. — Leçons du cit. Boyer sur les maladies des os par Richerand, Paris, 1803.
— Art. Spina ventosa. *Dictionn. en 60 vol.*, Paris, 1821.
— Traité des malad. chirurg. et des opér. qui leur conviennent, Paris, 1845.
Bramann. — Ueber Wundbehandlung mit iodoform-Tamponnade. *Arbeiten aus der Chirurgische Klinik der universität von E. Von Bergmann*, Berlin, 1887.
Branligham et **Nowack.** — Action du baume du Pérou sur le développement du bacille tuberculeux. *Centralb. f. Klin. medic.*, p. 24, 1889.
Bresson. — Traitement de la tuberculose articulaire et osseuse par l'emplâtre mercuriel. *Thèse de Paris*, 1889.
Brezzi. — De l'ostéite tuberculeuse des métacarpiens et des phalanges et de leur traitement. *Thèse de Paris*, 1889.
Brun. — Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques. *Thèse d'agrégat. Paris*, 1886.
Bruns. — Action antituberculeuse de l'iodoforme, XVIe *Congr. Soc. allem. Chir.*, 1887.

Buffet. — Ostéite tubercul. des vert. lomb., résection. *Gaz. des hôpit.*, 2 déc. 1886.
Burrel. — Chirurgie aseptique. *Bost. med. surg. Journ.*, CXXI, 14 sept. 1889.
Cabot. — Result of resection of the anklee-joint. *Boston med. and surg.*, CXVIII, p. 289, 1888.
Calliouzis. — Arthrite tuberculeuse commençante, arthrotomie, guérison sans ankylose. *Revue de chirurgie*, janv. 1887.
Caumont. — Traitement des arthrites chroniques du membre inférieur. *Deuts. Zeitsch. f. Chir.*, XX, p. 138, 1885.
Cator. — Tuberculose de l'os malaire. *Thèse de Paris*, 1888.
Cazanon. — Tumeur blanche des gaines synoviales tendineuses. *Thèse de Paris*, 1866.
Ceccherelli. — Opérations conservatrices dans la tuberculose des os et des articulations. *Ann. méd. ital. Pérouse*, 1885.
— Le tannin dans le traitement des lésions tuberculeuses. *Soc. ital. de Chir.*, Naples, mars 1888.
Chabannes et **Perret.** — Expériences sur la valeur de l'eucalyptol sur le bacille tuberculeux. Soc. de méd. de Lyon. *Lyon médical*, avril 1887.
Chamorro. — De la tuberculose aiguë des articulations. *Thèse de Paris*, 1888.
Chandelux. — Des synovites fongueuses articulaires et tendineuses. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1883.
Charon. — De la résection de la hanche chez les sujets de la seconde enfance. *Journ. de méd. de Bruxelles*, mars 1887.
Charvot. — De la tuberculose chirurgicale. *Revue de chirurgie*, 1884.
Chassaignac. — *Gazette des hôpitaux*, p. 330, 1845.
— Suppuration tuberculeuse des os, in *Traité de la suppuration*, I, p. 631, 1859.
Chevassu-Perigny. — Résection du poignet. *Thèse de Paris*, 1886.
Chobaut. — De la tarsectomie antérieure totale ou partielle dans les cas pathologiques. *Thèse de Lyon*, 1889.
Chopin. — *Thèse de Paris*, 1854.
Christowitch. — Extirpation de l'astragale. *Revue de Chirurgie*, p. 778, 1888.
Cloquet. — Art. Spina ventosa, in *Dictionn. en* 21 *vol.*, Paris, 1827.
Clutton (**H. H.**). — Clinical lecture on arthrectomy. *The Lancet*, I, p. 760-762, 1888.
Collins. — A case of acute synovite of the knee-joint with extensive suppuration. Through drainage, recovery with limited mouvement. *Medic. Herald Louisville*, p. 393-398, 1887.
Collon. — Résultats obtenus par différents antiseptiques dans différents genres de résection. (Clinique de Köcher.) *Thèse de Berne*, 1886.
Conti. — Arthrectomia parziale della articulaziona tibio-tarsica. *Bull. de Soc. Lanciana de Osp. di Roma*, VII, p. 204-208, 1887.
— Sei resezioni articulari ed una arthrectomia parziale sinoviale sequite da guarigione. *Gaz. med. di Roma*, XIV, p. 49-56, 1888.
Cooper (**A.**). — Œuvres chirurgicales, Paris, 1837.
Copeland. — Procédé opératoire pour guérir les synovites tendineuses du poignet. *Americ. Journ. of med. Sc.*, July 1881.
Coppens. — Résection articulaire pour une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude en voie de suppuration, avec ankylose dans une position vicieuse. *Bull. méd. Nord*, Lille, XXVIII, p. 150-155, 1889.
Cordier. — Abcès par congestion, inject. d'iodoforme. Soc. des Sc. méd. de Lyon. *Lyon médical*, LVII, 1888.
Coze et **Simon.** — Recherches de pathologie et de thérapeutique expérimentale sur la tuberculose. *Bull. génér. de Thérapeut.*, 30 mars 1884.
Creveling (**J. P.**). — Excision of the joints of both elbows. *Tr. med. Soc. N.-Y. Philad.*, II, p. 666, 1889.
Croft (**J.**). — De la coxalgie et de son traitement précoce. *Brit. med. Journ.*, p. 1143, 1885.
— Tubercular disease of synovial membranes and Tubercular disease of joints. *Trans. Path. Societ.*, London, 1885.
Coudray. — Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose. *Th. Paris*, 1884.
Daban. — De la nature de la synovite à grains riziformes. *Thèse de Paris*, 1889.
Dallinger. — Traitement des ostéites tuberculeuses par l'éther iodoformé. *Centralbl. f. Chir.*, p. 348, 1889.
D'Antona. — Synovite tuberculeuse de l'articulation du coude gauche. Arthrectomie. *Riforma Medica*, mars 1888.
Deaver (**J. B**). — Arthrectomy of the knee-joint. *Med. News Philad.*, LIV, p. 645, 1889.

Decker et **Dupont**. — Du traitement des synovites tendineuses. *Revue méd. Suisse Romande*, p. 325, 1882.
Delbastaille et **Troisfontaine**. — *Du pansement à l'iodoforme*, Liège, 1882.
Delorme. — De l'intervention chez les tuberculeux. *Bull. et mém. Soc. Chir.* nov. 1886.
— Évidement et raclage de l'articulation sacro-iliaque. *Bull. Soc. Chir.*, 1887.
— Quatre arthrectomies du genou pour tumeurs blanches. *Bull. Soc. Chir.*, mars 1888.
— *Gazette des hôpitaux*, 1888.
— Synovite tendineuse fongueuse de la main et du poignet, ablation. Guérison. *Bull. Soc. de Chir.*, 1889.
Derevianko. — De la résection du genou dans les arthrites fongueuses. *Wien. med. Journ.*, avril 1885.
Desguin. — Résection du genou pour arthrite chronique. *Ann. Soc. méd. Anvers*, mai 1888.
Descous. — Contribution à l'étude des arthrites tuberculeuses. *Thèse de Montpellier*, 1885.
Dhourdin. — Du traitement des tumeurs blanches par l'appareil de Scott. *Gaz. méd. de Picardie*, janv. 1885.
Dittel. — Injections de phosphate acide de chaux dans le traitement des tuberculoses locales. *Soc. imp. roy. de méd. de Vienne*, 17 nov. 1887.
Dollinger. — Das Zurückbleiben im Warchsthume der Kranken extremität bei tuberculösen Kniegelenks. Entzundungen. Ein beiträge zur Berechtigungsfrage der Kniegelenks-resection im Kindesalter. *Centralbl. f. Chir.*, XV, p. 897-902, 1888.
— Beiträge zur Vererbungsfrage zur diagnostik und zur therapie der Tuberculose mit besonderer Rucksicht auf die sog. Chirurgischen Tuberc. Krankheiten. *Pest. med. Chir. Presse*, XXV, p. 329, 1889.
Dozzi. — Annotazioni cliniche sopra nove ascessi ossifluenti da carie granulo fungosa, resezione, drenazzio, inrezione et iodoformio. *Riv. veneta d. sc. med. Venezia*, VII, p. 357, 374, 1887.
Dubreuil. — *Presse médicale de Marseille*, 1858.
Ducastel et **Critzmann**. — Etude sur le pouvoir antiseptique des naphtols. *Compt. rend. Soc. de Biologie*, 8 s., p. 821-824, 1888.
Duclaux. — Recherches sur la valeur de l'iodoforme comme antiseptique. *Ann. inst. Pasteur*, I, p. 605.
Dufour. — De l'arthrite tuberculeuse. *Thèse de Bordeaux*, 1884.
Dumont (**F.**). — Prof. Köcher's methode des Fussgelenks resection. *Archiv. f. Klin. Chir.*, XXXIV, p. 2, 1887.
Dumont. — Contrib. à l'ét. de l'emploi du naphtol camphré dans l'otite moyenne. *Thèse de doctorat de Paris*, 1889.
Duncan. — Traitement opérat. des arthrites strumeuses du genou. *Journ. of americ. of the med. sc.*, 1889.
Dupin. — Contrib. à l'étude du trait. des tumeurs blanches par les injections interstitielles et intra-articulaires d'éther iodoformé. *Gaz. des hôp. Toulouse*, 1887-88.
Duplay. — Synovites tuberculeuses. *Tribune médicale*, 132, 1876.
— Synovites tuberculeuses. *Leç. clin. Chir.*, 1877.
— *Traité de Pathologie externe*, t. III, p. 69.
Durante. — Arthrosynovite tuberculeuse du pied, guérie par résection. *Bull. Acad. méd. de Rome*, juin 1886.
— Tuberculose et pseudo-tuberculose des os et des synoviales. *IV° congr. Soc. ital. de Chir. Gênes*, et *Gaz. méd. Lomb.*, 1887.
Duret. — Caséotuberculose des ganglions lymphatiques et de leur traitement. *Congr. pr. ét. Tub.*, Paris 1888.
— Leç. clin. sur la coxalgie. *Journ. méd. Bruxelles*, p. 25-31, 1888.
— La synovite et l'ostéo-arthrite fongueuse du genou. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 11, 1887.
Duzea. — Nouvelles observations de résection du genou consolidée sous un seul pansement. *Revue de Chirurgie*, 1888.
Edington (**A.**). — The pratical values of certain antiseptic agents. *Brit. med. Journ.*, London, 1889, I, p. 1047-1050.
Erasmus. — L'arthrotomie de l'articulation du pied d'après Koenig. *Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 21, p. 349.
Estorc. — Emploi de l'iodoforme dans le traitement d'une tumeur blanche du genou et du mal de Pott, avec abcès par congestion. Succès. *Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 5, 1888.

Fahrenbach. — Résection du poignet pour tuberculose, modification du procédé opératoire. *Deut. Zeit. f. Chirurg.*, XXV, p. 12, 1888.
Faucon. — Kystes synoviaux à grains riziformes du poignet. *Bull. mém. Soc. Chir.*, 23 déc. 1874.
— Quelques réflexions sur le traitement des kystes synoviaux. *Th. de Paris*, 1877.
Faucon. — Traitement des kystes synoviaux. *Bulletin et Mémoires Soc. chirurgie*, 15 février 1882.
Faure. — Synovite tendineuse, Hygroma à grains riziformes. *Bulletin Soc. anat.*, p. 402, 1888.
Fayol. — Kystes synoviaux tendineux à grains riziformes. *Th. de Paris*, 1874.
Fayol. — Etudes sur quelques antiseptiques. *Th. doct. Nancy*, 1889.
Fernet. — Du naphtol camphré et de son application au traitement des ulcérations tuberculeuses. *Bullet. et mém. Soc. thérap.*, Paris. 1889. In *Bull. médical*, p. 33, 37, 1889.
Filleau. — Acide phénique et bacille tuberculeux. *Ann. de la tuberc.*, 2 juillet 1889.
Forgue. — Traitement de la tuberculose vertébrale. *Gaz. hebd. des sc. méd.* Montpellier. 1889, XI, p. 25, 49, 51.
— De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose. *Gaz. heb. des sc. méd.* Montpellier, 1889, XI, p. 234, 253, 265.
— De la chirurgie conservatrice du pied dans la tuberculose. *Gaz. hebd. des sc. méd.*, Montpellier, 1889, XI, p. 244, 248.
Fouler (G.-R.). — Is Resection of the knee-joint justifiable in children. *Ann. surg.*, Saint-Louis, 1889, IX, p. 439-445.
Fraenkel. — Traitement des lésions tuberculeuses de la colonne vertébrale. *Wiener Klin. Wochens.*, 12 juillet 1888.
Frey. — Arthrite fongueuse talo-calcanéenne, inj. d'éther iodoformé, guérison. *Wien. Medical Presse*, n° 37, p. 1325, 1888.
— Arth. fongueuse, inject. de Kölischer. Arthrectomie. *Wiener Med. Presse*, n° 37, 1888.
Fuzerot. — Quelques considérations sur l'arthrotomie dans les arthrites fongueuses, coude et genou. Manuel opératoire. *Th. de Paris*, 1886.
Gaillard. — Inject. d'éth. iodoformé suivie d'accidents graves. *Poitou méd.*, 1er mars 1889.
Gangolphe. — De la résection du poignet dans le traitement des ostéo-arthrites fongueuses. *Rev. de chirurgie*, p. 340, 1884.
— De la résection du poignet dans le traitement des ostéo-arthrites fongueuses. *Rev. de chirurgie*, IX, septembre, p. 706, 1887.
— Tuberculose osseuse, abcès ossifluent intra-médullaire. *Lyon médical*, 30 novembre 1888, t. IX, p. 145-148.
Geghre. — Résection et tuberculose du genou. Indications, résultats. *Th. de Lyon*, 1886.
Gerster. — Résection du coude pour une arthrite tuberculeuse. *N.-York surg. Soc.*, 26 octobre 1887.
— Exsection of the knee-joint for tuberculosis. *Annals of surgery*, p. 318, 1887.
— Résection du genou pour arthrite tuberculeuse (16 cas). *Med. News*, 11 juin 1887.
— The modern operative treatment of tubercular joint affections. *Annals of Surgery*, VIII, p. 241, 1888.
— Exsection of the knee-joint for tuberculosis. *N.-York med. J.*, 1889, XXII, 214.
Gibney. — Tubercular osteitis of the knee-joint. *Internat. J. Surg. N.-Y.*, 1889, II, p. 134-136.
Girard. — Nouveau proc. d'arthrectomie tibio-tarsienne. *Corresp. blatt. f. schweizer aerzte*, 1er octobre 1887.
Gibney. — Immobilisation dans les maladies articulaires. *The New-York med. Journal*, 27 octobre 1888.
Gibney (V.-P.). — Treatment of tubercular affections of the joint. *T. m. Soc.*, 1888, p. 488-491.
Godemel. — Trait. des kystes syn. tend. à grains riziformes du poignet. *Th. Paris*, 1878.
Goffart. — Des suites opératoires éloignées de la résection de la hanche dans la coxalgie et de la valeur comparative de cette opération avec le traitement non sanglant. *Th. de Paris*, 24 juillet 1888.
Golding Bird. — Tuberculose des graines synoviales. *Path. Soc. of London*, 5 fév. 1889.
Gosselin. — Tubercules des os. *Dict. med. et clin. prat.*, XXV, p. 311, 1878.

Gosselin. — Kyste synovial hydropique des gaines des fléchisseurs de la main. *Clin. chir. hôp. Charité*, p. 111-175, 1870.
Gosselin (de Caen). — Sur l'atténuation du virus de la tuberculose. *Étude sur la tuberculose*, 1er juillet 1887.
Goetz. — Du Spina ventosa. *Th. doct. Paris*, 1877.
Gottstein. — *Therapeut. monast.*, p. 108, 1889.
Greenish. — Trois cas d'ostéite chronique de l'extrémité inf. des os de la jambe. *Lancet*, 25 août 1883.
Gritti (**B.**). — De l'astragalotomie pour la cure précoce de la synov. fong. de l'articul. tibio-tarsienne. *Arch. di ortop. di Milano*, IV, p. 161-170, 1887.
Gross (de Nancy). — 2 observ. syn. tend. tub. *Rev. med. de l'Est*, p. 257, 1885.
Guerlain. — Ostéo-périostite du tibia gauche. Abcès intra-osseux, ouvert et gratté. Guérison avec retour parfait de l'usage du membre. *Bull. Soc. de chirurgie*, novembre 1886.
Guillaud. — Kystes synov. tend. trait. *Th. Paris*, 1875.
Guinier. — De l'emplâtre mercuriel dans le traitement des tumeurs blanches. *Moniteur de thérapeutique*, 1879.
Guitton. — De la chirurgie conservatrice dans la tuberculeuse du pied. *Th. doct. Montpellier*, 1889.
Gussenbauer. — *Berliner klin. Wochenschrif.*, p. 230, an. 1881.
Hager. — Traitement des arthrites tuberculeuses par les injections et les lavages. *Deutsch. Zeitsch. f. chir.*, XXVII, f. 1-2, p. 142-172, 1887.
Hameau. — Le trait. des abcès par congestion à l'aide des injections d'éther iodoformé. *Th. doctorat, Paris*, 1888.
Hamilton. — Du traitement des abcès froids par les irrigations de chlorure de zinc. *Assoc. médic. Britann. Dublin*, août 1887.
Heckel. — Sur l'emploi du sulfobenzoate de soude dans le pansement des plaies, comme agent microbicide. *Compt. rendus Acad. Sciences*, 8 nov. 1887.
Heinke (**Alb. R.**). — Ueber die resection des kniegelenkes. *Bonn. J. Bach.*, 1888.
Hewson (**A.**). — Some results of excessive conservation in the treatment of disease in large joint. *Journ. of Americ. médic. Association*, février 1889.
Hénocque. — Ténosite fongueuse, art. Tendon, in *Dict. encyclopéd. des sc. médicales*, 3e série, XVI, 1886.
Heuston. — Arthrectomie du genou. *The Dublin Journal of medic. sciences*, août 1889.
Heydenreich. — Traitement de la tuberculose osseuse, art. Os, in *Dict. encycl. des sciences médic.*, 2e série, XVIII.
— Arthrectomie du genou, in *Semaine médicale*, 1885.
— Arthrectomie du genou, in *Thérapeutique chirurgicale contemporaine*, Paris, 1888.
Hitzegrad. — The final results of knee-joint resection since the introduction of antiseptic wound treatment and artificial Blood constriction. *Annals of Surgery* Aug. X, p. 2, 151, 1889.
Hoffa. — Exsection of the knee-joint in children. *Arch. f. Klin. chir.*, Bd. 32, IV, 1885.
— *XIVe Congr. Soc. Allem. chir.*, 8-11 avril, 1885.
Hofmolk. — Gonitis fungosa resection genus, Heilung. *Berl. d. K. K. Krankenaust.* Wien., 1886.
Holstein. — Les injections d'éther iodoformé dans le traitement des abcès froids. *Thèse de doctorat, Paris*, 1887.
Hook (**Weller van**). — The treatment of sacro-iliac Tuberculosis. *Journ. of Amerie. med. Association*, p. 552, 20 oct. 1888.
Hopkins. — De la synovite tendineuse. Causes, nature, traitement. *Medical News* 15 juillet 1882.
Houzel. — Note sur un nouveau mode de drainage employé dans le traitement des abcès froids. *Congrès français de chirurgie*, p. 238, 1885.
— Tumeur blanche du coude gauche, résection de l'humérus, du radius et évidement de l'olécrâne. Guérison avec conservation partielle du mouvement. *Bull. Soc. chirurgie*, XII, p. 758, 1887.
Hueter. — Auf dem weg der médicamentosen injection in das erkankte gewebe. *Deutsche zeitschrift f. chirurgie*, 1879.
Humbert. — Kyste tendineux à grains riziformes. Incision. Traitement antiseptique. Guérison. *Bull. et mém. Soc. chir.*, p. 705, 1882.
Imschoot (**van**). — Arthrites fongueuses. *Ann. Soc. méd., Gand*, LXVII, 197-208, 1888.
Israel. — L'arthrectomie synoviale. *Berl. Klin. Woch.*, p. 819, 22 nov. 1886.

— Deux cas d'arthrectomie de la synoviale du genou avec mobilité du membre conservée. *Berlin. Klin. Wochens*, p. 101, 1889.
Jackson. — Carie du condyle interne du fémur, résection partielle. Guérison par ankylose. *Brit medic. Jour.*, p. 891, mai 1885.
Jalaguier. — De l'arthrotomie. *Thèse d'agrégation, Paris*, 1886.
— Sur la nature tuberculeuse des synovites à grains riziformes. Observation. *Bull. et mém. Soc. de chirurgie*, décembre 1888.
Jamain et **Terrier.** — Synovites tuberculeuses, in *Traité de Pathologie externe.* T. II, 1878.
Jelks. — Deux cas d'ostéomyélite tuberculeuse du tibia. *The Journal of the Americ. Associat. Chicago,* août 1889.
Joeger. — Emploi des solutions éthérées d'iodoforme dans le traitement des abcès froids, des affections tuberculeuses et des kystes synoviaux. *Gazette médicale de Strasbourg,* p. 1, 1887.
Jobert. — *Ann. thérapeut. méd. et chir. et de toxicologie*, 1850.
Judson (**A. B.**). — Is more conservation desirable in the treatment of the joint diseases of children? *Medical Record, N. Y.*, XXXV, p. 533, 1889.
Kade. — Contribution à l'étude de la tuberculose des os et des articulations. *S. Petersb. med. Wochens*, p. 14-15, 1882.
Keetley. — Ablation par grattage de la moelle des os longs spécialement dans l'ostéomyélite. Solution de sublimé et iodoforme. *Annals of Surgery*, VI, 1, 1885.
— Adress on the surgery of the knee-joint. *Lancet*, I, p. 259-261, 1888.
— On the surgery of the knee-joint, etc. *The Glascow medic. Journal*, XXXI, p. 3, 1889.
— De l'usage de l'iodoforme dans la pratique chirurgicale. *The Lancet*, 194, 1889.
Kemperdich. — Kystes à grains riziformes des gaines tendineuses. Traitement chirurgical. *Berliner Klin. Woschenschr.*, p. 16, 203, 1876.
Kiener et **Poulet.** — De l'ostéo-périostite tuberculeuse chronique ou carie des os. *Arch. de physiologie*, 15 février, p. 252, 1883.
Kirmisson. — Abcès par congestion, in *Traité de Pathologie externe*, 1887.
— Résection tibio-tarsienne. *Gazette des hôpitaux*, 23 octobre 1888.
Köcher. — Ueber die einfals mittel zur Erzielung einer wundheilung durch verklebung ohne Dramrohren. *Volkmanns Samnlung Klin. Vor.*, novembre 1882.
— Die arthrectomie. *Arch. f. Klin. Chir.*, p. 777-812, 1888.
Koenig. — La tuberculose articulaire. *Centr. f. chir.*, p. 531, 1879.
— Ueber die resultate der gelenkresection bei gelenktuberculose unter antisepticher behandlung. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1880.
— Des méthodes opératoires dans la tuberculose des articulations tibio-tarsienne et du pied. *Arch. f. Klin. Chir.*, XXXII, p. 3, 1885.
— La tuberculose des os et des articulations, trad. par Liebrecht. *Bruxelles*, 1885.
— Les opérations sur les articulations. *Soc. méd. Berlinoise*, 3 novembre 1886.
— Tuberculose au point de vue chirurgical. 14e *congrès de la Soc. allem. de chir.*, 9 avril 1888.
Kölischer. — Injection de phosphate de calcium en solution concentrée dans le traitement des tuberculoses locales. *Société impériale et royale des médecins de Vienne*, 20 mai 1887.
— Ibidem, 17 novembre 1887.
— Eine neues Heilverfarten bei localisirten tuberculösen processen. *Wien. med. Presse*, n° 22, p. 761, 1887.
Krause. — Du traitement et des soins consécutifs de la résection de la hanche. 18e *congrès des Chirurgiens allemands*, avril 1889.
Krönlein. — Arthrectomie pour tumeur blanche du coude. *Corr. bl. f. schweizer aerzte*, p. 149, 1889.
Kümmer. — Les affections du coude. *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, XXVII, f. 1-2, p. 1, 89, 1887.
Kyriacou. — Synovites fongueuses chroniques des gaines tendineuses de la partie antérieure de l'avant-bras, du poignet et de la main. *Thèse de doctorat, Paris*, 1882.
Laborde (**Arm.**). — Des injections cavitaires et interstitielles d'éther iodoformé dans le traitement des tuberculoses locales. *Thèse de doctorat, Bordeaux*, 1888.
Lajoue. — Recherches expérimentales sur la contagion de la tuberculose par les inhalations des crachats des phtisiques et sur quelques moyens prophylactiques proposés. *Thèse de doctorat, Nancy*, 1884.
Lampiosi. — Section longitudinale de la rotule dans les arthrectomies et les résections. *Société italienne de chirurgie.* Naples, 26-28 mars 1888.

Landerer (de Leipzig). — *Munich med. Woschens.*, p. 40-41, 1888.
Lane (W. W.). — Caries of ankle, excision godd result. — Excision of elboov-joint for caries. *North. Car. m. J. Wilmington*, XXI, p. 140-141, 1888.
Lannelongue. — Abcès froids et tuberculose osseuse. Paris, 1881.
— Sur les fongosités articulaires. *Bull. et mém. Soc. chir.*, 512, 1882.
— Coxo-tuberculose. Paris, 1886.
— Tuberculose vertébrale. Paris, 1888.
— Spina ventosa. *Congrès français de chirurgie*, 1889.
Laprade (de). — Traitement de l'arthrite fongueuse par l'abrasion intra-articulaire. *Thèse de doctorat, Paris*, 1880.
Lasserre. — Du traitement des adénites chroniques et de quelques abcès froids par les injections de naphtol. *Thèse de doctorat, Paris*, 1889.
Le Bec. — Synovite fongueuse de la gaine carpienne. Opération, guérison. *Gazette des hôpitaux*, 19 août 1886.
— Deux coxalgies tuberculeuses suppurées, guéries par la résection de la hanche. *Gazette des hôpitaux*, 13 sept. 1887.
— Kyste séreux à grains riziformes du poignet, incision, lavage, guérison. *Gazette des hôpitaux*, 5 avril 1887.
Le Dentu. — *France médicale*, 1881.
— Résection du poignet pour ostéo-arthrite tuberculeuse, guérie en moins d'un mois, sans un seul pansement. *Bull. et mém. Soc. chirurgie*, XIV, p. 165, 1888.
— Opérations pratiquées pour tuberculoses locales. *Congr. français de chir.*, 1889.
Lee (H). — Results after twentz years of thwo cases of excision of the knee-joint. *Lancet*, 1, 769, 1888.
Le Fort. — Injections modificatrices des fongosités dans l'arthrite fongueuse. *Bull. et mém. Soc. de chirurgie*, 1879, p. 712.
Legendre. — Antisepsie médicale. Paris, 1888.
Legouest. — Des kystes synoviaux du poignet et de la main. *Thèse d'agrégation de chirurgie*, Paris, 1857.
Leriche. — Statistique chirurgicale des deux années à l'hôpital Péraire, à Levallois-Perret. *Thèse de doctorat, Paris*, 1888.
Letiévant. — Nouvelle méthode d'opération des tumeurs blanches ou abrasion intra-articulaire ou encore arthroxésis. *Lyon médical*. T. XXXII, p. 370, 1879.
Léonti. — Opérations pour tuberculoses locales. *Congr. français de chirurgie*, 1889.
Leser (de Halle). — Du traitement des abcès par congestion dans les affections tuberculeuses de la colonne vertébrale et du bassin. *XVe congrès des médecins allemands*, 1886.
Liebrecht. — De la résection tibio-tarsienne par la face postérieure, dans l'arthrite fongueuse. *Bull. Ac. méd. Belgique*, XVIII, p. 12, 1885.
Link. — Nouvelle méthode de résection du tarse. *Centralblatt für chirurgie*, n° 36, 1887.
Lockwood. — Exploration of knee-joint, évacuation of synovial fluid ; removal of loose cartilage. *British med. J. London*, I, p. 1226, 1889.
Lorenz. — Die behandlung der Tuberculosen spondylitis. *Wien. klinik.*, XV, p. 127-164, 1889.
Lowett (R. W). — The use of salicylic acid in chronic Tuberculosous joint diseases. *Boston m. et s. J.*, CXX, p. 361-363, 1889.
Lucas-Championnière. — De l'emplâtre mercuriel dans le traitement des tumeurs blanches. *Journ. de méd. et chir. prat.* oct., nov. 1885.
— Résection du genou, suivie de 11 cas de guérison. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, janv. 1886.
— Résection du genou. *Congrès français de chirurgie*, p. 495-497, 1886.
— Résection du genou. *Revue de chirurgie*, janv. 1887.
— De l'arthrectomie. *Bull. et mém. Soc. de chirurgie*, mars 1888.
Mabout. — Contribution à l'étude des éléments de pronostic et de détermination opératoire chez les tuberculeux. *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1887.
Macdonald. — A lecture on the surgical treatment of Tuberculosis. *The Lancet*, IX, p. 155-157, 1889.
Mackenzie (G. H). — The influence of certain medicinal agents upon the bacillus of tubercule in man. *Edimburg med. Journ.*, XXXIV, p. 596-602, 1888-89.
Mandry. — Zur frage der arthrectomie des kniegelenks bei kindern. *Beitr. Z. klin. chir. Tubing.*, III, p. 235-256, 1887.
Margary. — 79 Resezioni di articulazioni. *Achiv. di osp. Milano*, IV, p. 329-371, 1887.
Marsh Howald. — Surgical Tuberculosis. Lect. of the Roy. Coll. of surg. of England. *British medical Journ. aug.* 3, 1889.

Martel. — Ether iodoformé, chlorure de zinc, ignipuncture, dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. *Th. doct. Paris*, juin 1887.
Martell. — Zur therapie des Wundtuberculose. *Wien. med. Presse*, p. 340, 1889.
Maximovitch. — Des propriétés antiseptiques des naphtols α et δ. *C. R. Académie des sciences*, 1888.
Mazzoni. — Chirurgia articulare 12 resezioni, 9 arthrectomies, 3 arthrotomies. *Spallanzani-Roma*, 2e s. XVI, p. 345-351, 1887.
Mayländer. — Studien über tuberkulose im besonderen der grossen gelenke und gelenkindern. *Zeitschr. der Berl. ver homoeop. aertzte*, VII, p. 330-371, VIII, p. 1, 1888-89.
Maylard. — Excision of the ankle joint fol pulpy disease of the synovial membrane. *The Glascow med. Journ.*, XXXI, mai 1889.
Maske. — De la tuberculose des synoviales et du pansement à l'iodoforme. *Centralb. f. chir.*, p. 23, 1882.
Maschat. — Rev. crit. sur trait. chir. de quelques manif. ext. tuberculose. *Th. doct. Paris*, 1887.
Mc Arthur (**L. L.**). — Surgical Tuberculosis of bones. *N. Am. Practitionner Chicago*, I, p. 115-120, 1889.
Merris (**Van**). — Des kystes synoviaux à corps mûriformes. *Bull. méd. Nord*, 3 février 1888.
Michon. — Des tumeurs synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras. *Th. conc. chir.*, Paris, 1851.
Middeldorpf. — Beiträge zur resection des ellenbogen-gelenkes. *Arch. f. Klin. chir.*, XXXIII, p. 1-2, 1886.
Mikulicz. — Die vervvendung des iodoforms in der chirurgie. *Arch. f. Klin. chir.*, XVII, p. 3, 1882.
Miller. — Two suggestions for improving the operation of excision of the knee-joint of strumous disease. *Edinb. med. Journ.*, XXXV, p. 41-43, 1889.
Mollière (**D.**). — De l'extirpation préventive des fongosités périarticulaires. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, Paris, 1882.
— Tuberculose du pied. *Province médicale*, 1887.
— Sur quelques cas d'arthrite chronique du genou. *Rev. gén. de clin.*, 6 octobre 1887.
— Note sur la résection du coude. *Lyon médical*, 21 octobre 1888.
— Note sur la résection du genou. *Lyon méd.*, 1888. Leçons de clin. chirurg. Lyon, 1888.
Morini. — Due operati di resezione del gonito. *Bull. di Soc. Lancis. d. osp. di Roma*, VIII, p. 93-108, 1889.
Morse. — A series of resections. *Sacramento med. Times*, II, p. 69-71, 1888.
Motta. — Sur la résection du genou par le procédé Caselli. 4e *congrès Soc. ital. chir. Gênes*, 1887.
Mugnai. — Resezioni e arthrectomie nelle affezioni fungose del gionacchio. *Sperimentale Firenze*, IX, p. 354-376, 1887.
Muller. — De la présence du bacille de la tuberculose dans les affections fongueuses des os et des articulations. *Centralbl. f. chirurgie*, p. 33, 1884.
— Zur Frage der operationen bei kniegelenks tuberculose der kinder. *Centralbl. f. Chir.*, p. 874, 1885.
— Ueber die kalkbehandlung (Kölischer) der lokalischen Tuberculosen processe. *Beiträge clin. Chir.*, Tubing, III, p. 342-347, 1887.
Murdoch (**J. B.**). — Excision of knee-joint. *Journ. Amer. med. Association*, Chicago, XII, p. 588, 1889.
Murphy. — Tubercular arthritis of knee-joint with excision. *Polyclin. Philadelphie*, VIII, p. 164, 1887.
Mosetig (de Vienne). — *Soc. império-roy. des méd. de Vienne*, 20 novembre 1885.
Mikulicz. — *Wiener med. Wochenschriff*, I, p. 20-23, 1881.
Moox.— De l'iodoforme dans les affections tuberculeuses. *France médicale*, juil. 1882.
Nélaton (**Ch.**). — De la tuberculose au point de vue chirurgical. *Th. agrég. de Paris*, 1883.
Nepveu.— Contribution à la résection pathologique du poignet. *Revue de chir.*, 1883.
Nicaise. — Synovite tendineuse à grains riziformes. *Gaz. méd. de Paris*, 1872.
— Synovite fongueuse des péroniers latéraux. *Gazette des hôpitaux*, p. 916, 1881.
— Traitement antiseptique des synovites tendineuses à grains riziformes. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 11 mai 1881.
Nicaise, Poulet et **Vaillard.** — Nature tuberculeuse des hygromas et synovites tendineuses à grains riziformes. *Revue de chirurgie*, août 1885.
Nicaise. — Du pansement au naphtol β. *Revue de chirurgie*, septembre 1889.
Neugebauer. — Weber endresultate der kniegelenks resection. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, XXIX, p. 379-410, 1889.
Neve.—Résection de l'articulation tibio-tarsienne. *Edimb. med. J.*, CDXII, oct. 1889.

Nicolas. — Contrib. à l'étud. de l'arthrotomie antiseptique. *Th. de Nancy*, 1883.
Notta. — *Gaz. des hôpit.*, janvier 1854, et *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1881.
Nugon. — Contrib. à l'étude de l'emploi du menthol et du naphtol camphré en laryngologie. *Th. doct. Paris*, 1889.
Ollier. — Traité de la régénération des os, 1867.
— Résections et pansements antiseptiques. *Revue mens. méd. et chir.*, décembre 1880.
— Des résections articulaires chez les enfants. *Transactions of the medic intern. Congress*, II, 1881.
— Indications et résultats de la résection du poignet. *Congrès de La Rochelle*, p. 815, 1882.
— Des résections et amputations chez les tuberculeux. *Lyon méd.*, p. 103, XLIII, 1883.
— De la conservation de la main par l'ablation des os du carpe et la résection radio-carpienne. *Compt. rend. Acad. des siences*, T. LXXXXIV, 1884.
— Traité des résections. Paris, 1885.
— Résection du genou. *Lyon médical*, p. 281, V. LI, 1886.
— De la simplification du traitement post. opératoire de la résection du genou. Consolidation sous un seul pansement. *Revue de chirurgie*, p. 597, 1887.
— Résultats d'une résection du genou. *Lyon médical*, p. 472, 1887.
— Résultats éloignés des opérations conservatrices du pied. *Lyon médical*, p. 493, 1887.
— Résultats d'une résection du coude. *Lyon médical*, p. 296, 1887.
— De la synovectomie ou ablation de la synoviale. *Lyon médical*, p. 96, 20 mai 1888.
— Résection du genou. *Soc. nat. Médic. Lyon*, 30 juill. 1888, *Lyon médical*, LVIII, p. 281, 1888.
— De la chirurgie conservatrice du pied et de l'ablation préaloable de l'astragale dans les résections tibio-tarsiennes pour ostéo-arthrite suppurée. *Comptes rendus Acad. des Sciences de Paris*, 1889, CVIII, p. 987-990.
— Sur la résection du genou. *Bull. Acad. méd.*, Paris, mai 1889, 2e s., XXI, p. 729-731.
— Nouvelles expériences sur l'accroissement des os longs après l'ablation d'un des cartilages de conjugaison et sur l'hyplerpasie compensatrice par le cartilage conservé. *Acad. des Sciences*, 7 mai 1889.
— De la résection de la hanche dans les cas de coxalgie suppurée envisagée spécialement au point de vue des résultats définitifs. *Acad. de méd.*, 14 mai 1889.
— Extirpation de l'astragale et du calcanéum. *Soc. de chirurgie*, 8 mai 1889.
— Résection du genou. *Lyon médical*, p. 268, 23 juin 1889.
— Interventions pour tuberculoses osseuses. Arthrectomie. *Bull. et mém. Soc. Chir.*, p. 357, 1889.
Owen. — Two cases of disease of the tibia in wid the knee-joint was imolved in acute suppuration conservation recovery. *Lancet. London*, II, p. 66, 1887.
— Three cases of arthrectomy of the knee. *Lancet. London*, p. 11-113, 1888.
— Arthrectomie, abrasion des articulations. *Royal Med. and Chir. Soc.*, 13 nov. 1888.
Packard. — De la résection du genou. *Med. News*, 12 mars 1887.
Page (Hubert). — L'arthrectomie opposée à la résection du genou. *The Lancet*, II, p. 955, 17 novembre 1888.
Paggello. — Annot. Klinische sull. osteomyelite della ossa del tarso. *Riv. Veneta di Sc. med.*, VII Venezia 1887.
Pamard. — Résection sous-périostée du coude. *Congr. p. avanc. des sciences.* Toulouse, septembre 1887.
Paradisi. — De la résection du genou. *Gaz. delle cliniche*, n° 1, 1885.
Park. — Des différentes substances antiseptiques. 1er *congr. Med. chir. Amer. Washington*, septembre 1888.
Parrot. — Du spina ventosa. *Gaz. méd. de Paris*, p. 661, 677, 694, 1880.
Parrot et **H. Martin.** — Recherches expérimentales ayant pour but de transformer le tubercule vrai ou infectieux en corps étranger inerte sous l'influence des réactifs divers. *Revue de médecine*, p. 809, 1883.
Pascale. — Synovite et ostéomyélite tuberc. du genou. Résection. Guérison. *Gaz. di ospit.*, t. VIII, p. 675-677, 1887.
Paul (C.). — Des antiseptiques propres à chaque microbe pathogène. *Congrès internat. de Thérapeutique*, août 1889.
Paris. — Synovite tendin. chr. et kyste syn. d'une gaine digitale isolée. *Th. Paris*, 1878.
Péan. — Syn. tendin. *Leç. clin. chir.*, 1882.
— Maladie des artic., des gaines syn. et des bourses muq. *Leçons clin. chir.*, p. 452-543. Paris 1888.
Pécholier. — De l'emplâtre mercuriel dans le traitement des tumeurs blanches. *Montpellier médical*, p. 381, 1879.
Pereira (W. W.). — Ostearthrite tuberc. do joelho com suppur c. doze fist, reseccao completa, uniao perfeita dos ossos. *Gaz. med. d. Bahia*, 3e s., VI, p. 443-451, 1888-89.

Périer (Ch.) et **Patein.** — Du salol en chirurgie. *Revue de Chirurgie*, p. 518, 1887.
Petersen. — De la résection du genou chez les enfants. Congr. de chir. all. *Central. Blatt. f. chir.*, nº 24, 1886.
— Ueber arthrectomie der ersten Mittelfuss zehen gelenkes *Arch. f. Klin. chir.*, t. XXXVII, p. 677, Berlin 1888.
Petit (J. L.). — Traité des maladies des os, Paris, 1785.
Petit. — Résection du genou. *Bull. Soc. anat.*, Bordeaux, février 1885.
Petit (L.). — De l'intervention chirurgicale dans la tubercule externe. *Th. Paris*, 1884.
Pfahl. — Zwei falle von gelenkmans der Winegelenkes. *Deutsche ärz. mit.*, Berlin, t. XVII, p. 29-33, 1888.
Phelps. — Résect. du genou avec relations de 329 cas traités par les méthodes antisept. *Med. Rec. New York*, p. 113, juillet 1886.
— Surgery of the knee-joints. *Med. press west. New-York Buffalo*, LIV, p. 356, 387, 1889.
Picou. — Dactylite tub. (Spina vent.) Opérat. par M. Labéda. *Gaz. méd. chir. Toulouse*, XX, p. 97, 1888.
Picqué. — Tumeurs blanches. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 3 s., t. XVIII, p. 336-387, Paris, 1885.
Piéchaud. — Traitement du mal de Pott. Spina ventosa. Maladies chirurgicales de l'enfance. Bordeaux, in-8, p. 460, 1888.
— Sur un cas d'ostéo-synovite fong. du coude; opérat. *Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 17 mars 1889.
Pilcher. — Amputations for joint. disease when lunge Tuberculosis coexist. *Annals of Surgery*, p. 101, février 1887.
— Du pouvoir antituberculeux de l'iodoforme. *Ann. of surg.*, septembre 1889.
Plum. — Bor Arthrectomi eller resektion forctrakkes ved den tuberculose gonites has Born. *Hosp. Tid. Kjobenh.* 3 r. VII, p. 25-40, 1889.
Podrèze. — De l'intervention hâtive dans les affect. tuberc. artic. *Congrès des méd. Russes*, 1889.
Poinsot. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, p. 205, 1881.
Poirier (L.). — De l'appareil de Scott dans le traitement des tumeurs blanches. *Thèse de doctorat*, Paris, 1882.
Poirson. — Le naphtol en chirurgie. *Rev. de thér. méd. chir. Paris*, t. XXXVII, p. 291, 1889.
Pollard. — Deux cas d'arthrite tub. anc. du genou avec ankyl.; résect. de sub. oss.; guérison. *The Lancet*, 29 janv. 1887.
— Arthrectomie dans la tuberculose du genou. *The Lancet*, I, p. 1186-1241, 1888.
Polaillon. — Mal de Pott postérieur. *Union médicale*, 1883.
— Résect. du poignet pour une arthrite fongueuse. *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1885.
— Résect. du coude. *Bull. et mém. Soc. chir.*, mars 1886.
Poncet. — Synovites tuberculeuses. *Lyon méd.*, p. 16, 6 mai 1888.
Poore. — Excision des os du tarse. *Ann. of Surg.*, III, p. 206, 1886.
— Excision of the knee-joint recovery with gasth union. *N. York Med. Journ.*, t. XLVII, p. 160, 1888.
Postempki (P.). — Resezione enarthroidale del femora processo Volkmann. *Bull. Acad. med. di Roma*, t. IX, p. 48-91, 1887-88.
Potherat. — Ostéomyélite et tuberculose. *Bull. Soc. anat.*, p. 758, 1888.
Poulet. — De l'hydarthrose tuberculeuse. Rapp. de Chauvel. *Bull. et mém. Soc. chir.*, p. 904, 1884.
Powero. — Primari excision of the elbow. 2 cases. *Med. Rec. N. York*, t. XXXIII, p. 311, 1888.
Provendier. — De l'intervention chirurgic. dans la sacro-coxalgie. *Thèse, Paris*, 1887.
Quénu. — Sur le traitement des tuberculoses locales par les solutions d'acide fluorhydrique. *Congrès p. étude de la tub.*, Paris, 1888.
Rabl. — *Collège médical de Vienne*, 8 avril 1889.
Rafin. — De l'emploi de l'acide lactique dans le traitement de certaines ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses. *Lyon méd.*, V, 58, p. 341, 1888.
Reclus. — *Clinique et crit. chirurgicales* : Arthrite synov. tub. et abcès par congestion, 1884.
— Abcès froids, ostéites, arthrites et synovites tuberculeuses. *Traité de pathologie externe*, Paris, 1885.
— Trait. des abcès froids. *Gaz. hebd. méd. et chir.*, janvier 1887.
Redard. — De l'intervention chirurgicale dans les ostéo-arthrites tuberculeuses des articulations tibio-tars. et du pied chez les enfants. *Congrès pour ét. de tuberc.*, Paris, 1888.
— De l'intervent. chirurg. dans les ostéo-arthrit. tuberc. des articul. tibio-tars. et du pied chez l'enfant. *Rev. génér. clin. et thér.*, Paris, III, p. 335-337, 1889.

Renken. — De l'ostéomyélite des os courts de la main et du pied chez les enfants scrofuleux (spina ventosa) et de ses rapports avec la tuberculose. *Jahrb. f. Kinderh.*, XXIV, p. 3, 1886.
Renton. (**J. C.**). — Excision of wrist joint. *Glasgow med. J.*, s. XXXI, p. 342, 1889.
Reverdin et **Mayor.** — Recueil de faits. *Revue médic. Suisse Romande*, 1885.
Reverdin. — Procédé d'extirpation de l'astragale et de résection tibio-tarsienne. *Congrès de Chirurg.*, 1885. *Revue de Chirurg.*, p. 197, 1886.
Reverdin et **Mayor.** — Ostéo-arthrite tuberc. sterno-claviculaire, subluxation, abcès ossifluent sous-pectoral. Résection, guérison. *Rev. médic. Suisse Romande*, juin 1886.
Reverdin.— Six cas de résections diverses. *R. méd. Suisse Romande*, VI, p. 585, 1886.
Reverdin et **Mayor.** — Abcès ossifluents à grains riziformes, nature tuberculeuse de ces grains. *Revue méd. Suisse Romande*, 1888.
Reverdin. — De l'emploi de naphtol β dans les pansements. *Revue méd. Suisse Romande*, p. 656, 1888.
Reynier (**P.**). — Kyste à grains riziformes, inoculation, tuberc. généralisée. *Bull. et mém. Soc. chir.*, Paris, n. s. XIV, p. 982-984, 1017, 1888.
Ribera. — Critique des divers trait. propres pour la guérison des arthrites. *An. r. Acad. médic. Madrid*, VIII, p. 5-69, 1888.
Ribera y Sans (**J.**). — Breves consideraciones acerca de la intervencion operatoria y articular de los ninos. *Actas... Cong. ginec. Espãn.*, Madrid, 1888.
Ricard. — De la section des os dans les résections articulaires, ostéotomie sous-périostée avec extraction consécutive de l'extrémité articulaire. *Gaz. des hôpitaux*, Paris, LXI, p. 373-78, 1888.
Richardson (**M. H.**). — Antiseptic irrigation of the Knee-joint for chronic synovitis. *Boston M. et s. j.*, CXX, p. 489, 1889.
Richet. — Injections de sublimé dans les hydrocèles et les abcès froids. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, sept. 1888.
Ridlon John. — Rest in the treatment of chronic joint disease (Du repos dans le trait. des maladies chroniques des articulations). *N. York Med. record*, 15 sept. 1888.
Riedel. — Die operation Behandlung tuberkuloser gelenke. *Cor. Bl. d. allg. arztl. Ver. V. thumingen Weimar*, XVII, p. 679-696.
Riedenger. — Résection du genou. *Centr. fur Chir.*, V, p. 23, 1887.
Riesmeyer. — Tubercul. chirurgicale. *N. York. Med. Presse*, n° 2, 1887.
Riedlin. — *Archiv. f. Hygiene*, Bd VII.
Rilliet et Barthez. — *Malad. des enfants*, 2e édit., 2e tir., III, 373, 1861.
Ritzo.— Contrib. à l'ét. de la tub. cutanée, des ulcérat. muqueuses. *Th. doct., Paris*, 1887
Robert. — Du spina ventosa. *Th. Paris*, 1839.
Rochet. — Nature des synovites chroniques à grains riziformes. *Provinc. méd.*, ., p. 29, 1889.
— Des dystrophies observées à la suite des résections : pathogénie, évolution, traitetement. *Revue de Chir.*, VIII, 1888.
Rohmer. — Du pansement à l'iodoforme. *Revue de Chir.*, 1882.
Rook Edward. — Cas d'arthrectomie pour arthrite chronique du genou. *Brit. Med. Journ.*, p. 491, sept. 1888.
Roser. — Modification de l'opération de Wladimirof-Mikulicz. *Centr. f. Chir.*, n° 36 1886.
Rossi (de). — Résultats de la cure non sanglante des tub. osseuses et articulaires, 4e *Congrès Soc. italiano-lombard*, 18-19-20-21-179-186, 1887.
Roullies. — De la résection du sternum. *Th. de Paris*, n° 60, 1888.
Routier. — Résection du genou. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, avril-mars 1887.
— Rapports entre la tuberculose et les actes chirurgicaux. *Congrès pour ét. tuberculose*, Paris, 1888.
— Accidents provoqués par une injection d'éther iodoformé pour abcès froid. Obs. de Gaillard. Rapport de Routier. *Soc. de chirurgie*, janvier 1889.
Roux. — De la résection coxo-fémorale dans le trait. de la coxalgie, *Rev. méd. Suisse Romande*, janvier 1886.
— Résection du genou d'après le procédé d'Ollier et Allingham, incis. longit. à travers la rotule. *Revue méd. Suisse Romande*, VII, p. 544, 1887.
Rovsing. — Hat das iodoforme eine antituberculöse Wirkung? *Forhschrifte der medicin*, n° 9, 1887.
Ruault et **Berlioz.**— De l'acide sulforiciniqne. *Archiv. de Laryngologie*, déc. 1889.
Ruyter. — Zur iodoformwirkung. *XVIe cong. chir. allem.*, 1887.
— Zur iodoformfrage. *Langenbeck's archiv*, Bd. XXXVI, p. 984-996.
Sacré. — Résection du poignet pour carie, guérison. *Journal de méd. et chir. prat. Bruxelles*, XXXVIII, p. 227, 1889.

Sayre. — Chirurgie orthopédique, trad. française Thorens, 1888.
— *Ier Cong. méd. et chir. Améric. Washington*, septembre 1888.
Schede. — Des abcès par congestion consécutifs aux affect. tub. de la col. vertébrale. *XVe cong. Soc. allem. chirurgie*, Berlin, 7-10 avril 1886.
— Ueber der gebrauch des scharfen Löffels, bei der behandlung von geschwiren. Halle, 1872.
Schill et **Fischer.** — Mittheilungen aus dem K. gesundheisamte, 1884.
Schmalfus (**C.**). — Beiträge zur statisk der chirurgischen Tuberculose. *Archiv f. Klin. chir. Berlin*, XXXV, p. 167-200, 1887.
Schmidt. — Vorderer und hinterer Längsschnitt zur ausfhurung der arthrectomia synovialis am talocruralgelenk. *Centralblatt für chirurgie Leipzig*, XVI, p. 17-20, 1889.
Schœffer. — Observation de résection du poignet, guérison. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1er septembre 1888.
Schopf. — Le baume du Pérou (procédé de Landerer) dans les tuberculoses des ganglions, des os et des articulations. *Collège médical de Vienne*, 8 avril 1889.
Schreiber. — Des résections articulaires dans les affections tuberculeuses. *Münchener med. Woch.*, n° 15, 1886.
Schwartz. — Kystes hordéiformes du poignet. *Gazette des hôpitaux*, p. 747, 1874.
— Synovites tendineuses tuberculeuses. *Dictionn. de médecine et de chir. pratiques*, XXXIV, p. 415, 1883.
— Synovite à grains riziformes de la gaine interne du poignet, opération, guérison. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, p. 470, 1883.
— Kystes synoviaux du poignet. *Rev. de clin. et de thérap.*, 29 mai 1887.
Schwartz. — Synovite à grains riziformes de toute la gaine synoviale de l'index. Large incision, curage. Chlorure de zinc à 8 0/0. Guérison par première inten- *Bull. et mém. Soc. de Chirurgie*, n. s. XIII, 744-746, 1887.
— Opérations pour tuberculoses locales. *Congrès français de chirurgie*, 1889.
— De la nature tuberculeuse de la synovite à grains riziformes. *Rev. gén. de clin. et de thérapeut.*, 11 avril 1889.
Scott (**John**). — On the diseases of the joints. Dublin, 1828.
Scriba. — Ueber gonarthrotomie und ihre indicationen. *Berl. Klin. Wochen.*, n° 32, p. 460, 1877.
Sée (**M.**). — Rapport sur une communication du Dr Suchard relative au traitement des tumeurs blanches. *Bull. et mém. Soc. chir.*, p. 369, 1879.
— Double arthrite fongueuse du genou guérie par les injections d'iodoforme. *Bull. et mém. Soc. chir.*, p. 457, 1882.
Secchi (**T.**). — Osservazioni e note sulla cura chirurgica delle arthriti fungose e loro esiti nel ginocchio. *Riforma medica*, IV, p. 1678-1696, Roma, 1889.
Sédillot. — De l'évidement sous-périosté des os. Paris, 1867.
Sémiac. — Kystes à grains riziformes du poignet et de la main. *Thèse de doctorat, Paris*, 1888.
Sendler. — Beiträge zur gelenkchirurgie. *Deutsch. Zeit. f. chir.*, XXVIII, 307-328, 1888.
Senn. — On the healing of aseptic bone cavites by implantation of antiseptic decalcifield bone. *Americ. J. of the medic. sc.*, 1889.
Saint-Germain. — Spina ventosa et son traitement. *Bulletin médical*, 4 déc. 1887.
Sheild. — Erasion of the knee-joint. *Annals of Surgery*, London, p. 115-126, 1888.
Shepherd. — Excision du tarse dans l'ostéite tuberculeuse. *Canadian medic. Association*, août 1886.
Shœmaker. — The Beta naphtol v. s. hydro-naphtol contention. *The Journal of the Americ. medic. Associat.*, 11 mai 1889.
Simon. — Des ostéo-arthrites tuberculeuses dans les articulations des membres. *Thèse de doctorat*, Montpellier, 1884.
Schmidt. — Hip-joint disease. *The Lancet*, I, 322, 1889.
Socin. — De la tuberculose articulaire. *Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er avril 1886.
Sormani et **Brugnatelli.** — Ricerche experimentale sui neutralizzanti del bacillo. tuberculare a scopo profilatico e Terapeutico. *Annali universali*, février 1885.
Sormani. — Action des différentes substances sur le bacille de la tuberculose. *Bulletin médical*, 23 août 1888.
Soulter (**Albert**). — Contribution à l'étude des résections atypiques. *Thèse de Genève*, 1887.
Stamm. — De la tuberculose des os et des articulations. *Journal of Americ. med. assoc.*, 12 mars, p. 285, 1887.
Steele (**A. J.**). — Two knee-joint excisions. *Tr. Am. orthop. assoc. Boston*, 1887-88.
— Excision of the knee-joint. *St-Louis cour. med.*, XIX, 559-565, 1888.
— Excision of the knee-joint. *Boston med. J.*, I, p. 180-192, 1889.
Stoker (**W. T.**). — On some elements of success in excision of the knee-joint. *Tr.*

Acad. med. Ireland. Dublin, V, p. 153-160, et *British med. Journal*, p. 721, 1887.
Sprengel. — Traitement comparatif de la tuberculose osseuse. *Congr. des natur Allem. Cologne*, octobre 1888.
Suchard. — Traitement des tumeurs blanches. *Bull. et mém. Soc. chirurgie*, 1879.
— Traitement des tumeurs blanches par l'appareil de Scott. Rev. des maladies de l'enfance, avril, mai, juin, 1886.
Symonds (**C.-J.**).— Case of pulpy growth ; Tubercle in sheath complete recovery; pulpy disease of palmar ganglion of opposite hand. *Tr. Path. Soc.*, London, XXXIX, p. 447-449, 1887-1888.
Tauber.—Opération ostéoplastique du pied. *Cong. des méd. russes*, St-Pétersb., 1885.
Taylor (**H.-L.**). — Excision of the elbow joint; report of a case. *Cincin. Lancet Clinic.*, n. s., XXII, p. 543, 1889.
Terrier et **Verchère.** — De la synovite tendineuse tuberculeuse. *Revue de Chirurgie*, p. 543, 1882.
Terrillon. — Kyste synovial à grains riziformes du poignet, incision, grattage, guérison. *Bull. et mém. Soc. de chirurgie*, déc. 1886.
— Kyste synovial de la gaine du long fléchisseur du pouce droit, grains riziformes nombreux, fongosités abondantes, ouverture, raclage ; guérison. *Bull. et mém. Soc. de Chirurgie*, XII, p. 862-864, 1887.
Thompson (**W.**).— The operation of excision of the knee-joint. *Prov. med. J. Leicester*, VIII, p. 209-213, 1889.
Thuau.— Essai sur le traitement des abcès froids tuberculeux. *Th doct. Paris*, 1887.
Tiling (St-Pétersbourg). — Étude sur la technique des arthrectomies et résections à l'épaule, au coude, à la hanche, au genou et au pied, *St-Pétersbourg*, 1887.
Tillaux. — Nécrose centrale du calcanéum. *Gazette des hôpitaux*, 6 octobre 1885.
— *Chirurgie clinique*, Paris, 1888-89.
Trélat. — Tuberculose chirurgicale. *Bull. et mém. Société de chirurgie*, 1883.
— Tuberculose au point de vue chirurgical. *Gaz. des hôpit.*, janvier 1884.
— Ostéite tuberculeuse du coude. *Gazette des hôpitaux*, p. 506, 1885.
— Hydarthroses et arthrites du genou. *Gazette des hôpitaux*, 2 septembre 1886.
— De la tuberculose. Série de leç. clin. *Progrès médical*, p. 11 et suiv., 1886.
— Tuberculose des os et ostéomyélite prolongée. *Gazette des hôpitaux*, 24 mai 1887.
— Tuberculose au point de vue chirurgical. *Gazette des hôpitaux*, décembre 1889.
Treves. — On the direct treatment of spinal caries by operation. *Medical News*, p. 54, 1884.
— Acute suppuration of the knee-joint treated by continued irrigation. *Brit. med Journ.*, II, p. 8-10, 1888.
Tricomi. — L'iodol et l'iodoforme au point de vue antiseptique. IVe *Congrès italien*, avril 1887.
Trouillet. — De l'ablation de l'astragale dans l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne. *Thèse de doctorat, Lyon*, 1888.
Tubby. — On antiseptic methods and other points in the practice of Prof. von Volkmann. *Annals of surgery*, VIII, p. 291-297, 1888.
Turretta. — La coxalgie et la résection coxo-fémorale. *Giorn. int. di se. med.*, 1887.
Vallin. — Note sur les neutralisants du suc tuberculeux. *Bull. Académie de médecine*, 16 janv. 1883.
Vargaz (Martinez) de Madrid. — Valeur de la thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses. *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris, 1888.
Vamossy (von). — Zur therapie der localtuberculose mit Perubalsam. *Wien. Med. Presse*, XXX, 691-733-777-825, 1889.
Velpeau. — *Ann. de la Chir. franç. et étrang.*, 1843. *Gaz. des hôp.*, 1844.
Verchère. — Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé. *Revue de Chirurgie*, 476, 1886.
Verneuil. — Des injections d'éther iodoformé pour le traitement des abcès froids. *Congrès français de Chirurgie* et *Revue de Chirurgie*, mai 1885.
— Ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne, amputation de jambe. *Gazette des hôpitaux*, 24 janv. 1887.
— Tumeur blanche du coude, résection sous-périostée, guérison. *Gazette des hôpitaux*, 15 fév. 1887.
— Ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne, ablation de l'astragale, injections d'éther iodoformé. Guérison. *Gazette des hôpitaux*, 24 janv. 1888.
Villemin. — Étude expérimentale sur l'action de quelques agents chimiques sur le développement du bacille de la tuberculose. *Thèse de doctorat, Paris*, 1888.
Vilette. — De quelques affections osseuses. *Bulletin médical du Nord*, Lille, XXVII, p. 12-25, 1888.

Vincent. — Art. Spina ventosa et ostéopathies scrofulo-tuberculeuses, in *Encyclopédie internationale de Chirurgie*, 1885.
— De l'arthrotomie ignée et du chauffage articulaire, combinés avec le pansement antiseptique iodoformé et de l'immobilisation dans les synovites et les ostéo-synovites fongueuses. *Revue de Chirurgie*, janv. 1884.
— Arthrotomie ignée substituée aux résections. *Lyon médical*, 26 fév. 1888.
Vivien. — Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation scapulo-humérale. *Th. de doctorat, Paris*, 1888.
Voguet. — Contribution à l'étude de la dactylite strumeuse infantile. *Thèse de doctorat, Paris*, 1877.
Volkmann. — Jarbuch der Allgemeinen und speciellen chirurgie, Von *Pitha et Billroth.*, 1865.
— Die resectionen der gelenke. *Sammlung Klinischer Vorträge*, n° 51-16, 1872.
— Traitement des hygromas à grains riziformes par le drainage et le Lister. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 31 août 1874.
— Verhand der deutshen ges. für chirurgie. *Sechster Congress.*, 1877.
— Notes sur la tuberculose chirurgicale. *Wiener. mediz. Blätter.*, 1885.
— Die arthrectomie am knie. *Centralbl. für chirurgie*, p. 137, 1885.
Wainewright (B.). — A case illustrating the advantage of early incision into the hip-joint with drainage as opposed to excision. *Brit. Med. Journ.*, I, p. 959, 1888.
Wallich. — Sur la nature tuberculeuse des synovites à grains riziformes. *Comptes rendus Soc. Biol.*, Paris, 8e s., V, 762, 1888, et *Gazette des hôpitaux*, 108, 1889.
Wartmann. — Influence de la résection des articulations atteintes de tuberculose sur la généralisation de cette affection. *Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIV, p. 435,1887.
Weir. — Antiseptic irrigation of the knee-joint for chronic serous synovitis. *N. Y. Med. Journ.*, febr. 20, 1886 et *Annals of Surgery*, 1886.
— De l'irrigation antiseptique des articulations, l'hydarthrose chronique. *Medical News*, 6 février 1886.
Weiss. — *Revue médicale de l'Est*, XVI, 221, 1884.
— Contribution à l'étude de l'arthrotomie antiseptique de la hanche. *Revue méd. de l'Est.* Nancy, XXI, 195-220, 1889.
Wendelstad. — Le traitement de la tuberculose des os et des articulations par les injections parenchymateuses d'éther iodoformé. *Centralblatt für Chirurgie*, 38, p. 665, 1889.
Wheeler (W.). — Chirurgie conservatrice dans les affections du pied et des articulations. *Dublin Journal of med. sc.*, p. 217, mars 1887.
White (J. W.). — The use of living bone as a bond of incision after excision of bones and joints. *The Lancet*, II, p. 307, 1888.
Wilcox. — Tuberculosis of elbow-joint. excision, tuberculosis of knee-joint, excision. *New-York Americ. J. homocop.*, 3e s., III, p. 127-131, 1888.
Willemer. — De la tuberculose de l'articulation du genou. *Deutsch. Zeit. f. Chir.* XXII, p. 268, 1885.
Winiwarter (Von). — La résection du genou. *Ann. Soc. méd. chir. de Liège*, XXVIII, p. 203-206, 1889.
Wood. — Leçons sur les antiseptiques en chirurgie. *Brit. med. J.*, p. 1095, déc. 1885.
Woodward (S. B.). — The antiseptic removal of so called loose bodies from the joints; with report of a case three times success fully operated on. *Boston M. et S. J.*, CXX, p. 405-408, 1889.
Wright. — Arthrectomie. *The Lancet*, II, 1er décembre 1888.
Wyeth. — Résection du coude. *N.-York. Surg. Soc.*, 23 mars 1887.
Yale (L. M.). — Remarks on excision of the hip. *Annals of Surgery*, p. 8, 1886.
Yersin. — De l'action de quelques antiseptiques et de la chaleur sur le bacille de la tuberculose. *Ann. inst. Pasteur*, p. 60, 1888.
Zamelis. — Des arthropathies tuberculeuses et des inflammations tuberculeuses péri-articulaires. *Thèse de doctorat, Paris*, 1882.
Zesas. — Extirpation de la partie postérieure de la synoviale du genou. *Centrabl. f. Chir.*, n° 28, 1886.
— Technique de la résection tibio-tarsienne. *Centralbl. f. Chirurg.*, n° 17, 1887.
Zoege-Manteuffel (W.). — Ueber die Behandlung fungöser Kniegelenkentzundung mittelst Resection. *Deutsch. Zeit. f. chir.*, XXX, p. 113-167, 1889.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 5

PREMIÈRE PARTIE. — DES ANTISEPTIQUES 9

CHAPITRE PREMIER. — *Antiseptiques actuellement employés dans le traitement des tuberculoses locales. De leur valeur antibacillaire* 9

CHAPITRE II. — *Naphtols* 22

A. — Des naphtols en général 22

B. — Propriétés du naphtol camphré 27

C. — De la valeur antiseptique et antituberculeuse du naphtol 28

D. — Comment agit le naphtol en général et le naphtol camphré en particulier 30

E. — De l'emploi du naphtol β en chirurgie (naphtol camphré et tuberculose externe) 32

1. Naphtol β en poudre 32
2. Solution alcoolique de naphtol β 32
3. Naphtol camphré 33

a. Injections 33
b. Pansements 34
c. Instruments 35

4. Naphtol sulforiciné 35

F. — Des accidents imputables à l'emploi chirurgical du naphtol β et du naphtol camphré 36

DEUXIÈME PARTIE. — DE L'EMPLOI DES ANTISEPTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DES OS, DES ARTICULATIONS ET DES SYNOVIALES TENDINEUSES 39

CHAPITRE PREMIER. — *Du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses par l'emplâtre mercuriel* 41

CHAPITRE II. — *De la réfrigération dans le traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses* 45

CHAPITRE III. — *Emploi des antiseptiques dans le traitement des abcès par congestion* 47

CHAPITRE IV. — *Injections antiseptiques interstitielles ou intra-cavitaires dans la tuberculose des os et des articulations* 55

Pages

CHAPITRE V. — *Emploi des antiseptiques dans le traitement de la tuberculose osseuse* 64

a. Tuberculose vertébrale 67
b. Spina ventosa 68

CHAPITRE VI. — *Emploi des antiseptiques dans la tuberculose articulaire ; arthrotomie, arthrectomie, résection* 70

Des opérations pour tumeurs blanches chez les enfants 90

CHAPITRE VII. — *Emploi des antiseptiques dans le traitement des synovites tendineuses tuberculeuses* 95

TROISIÈME PARTIE. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES 103

CONCLUSIONS 107

OBSERVATIONS 109

I.— Antiseptiques divers 109

a. Abcès par congestion 109
b. Tuberculose osseuse 111
c. Tuberculose articulaire 132

1. Injections antiseptiques 132
2. Arthrotomie 138
3. Arthrectomie 144
4. Résections 173

d. Synovites tendineuses tuberculeuses 197

II. — Solution alcoolique de naphtol β 214
III. — Naphtol camphré 216

a. Abcès par congestion 216
b. Tuberculose osseuse 221
c. Tuberculose articulaire 227
d. Synovites tendineuses tuberculeuses 237

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 248

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE